

อิทธิพลของผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการรับรู้ทัศนคติและการตัดสินใจใช้บริการด้านสุขภาพจิต

พิชชากร พุ่มพวง
ชาติรี ใต้ฟ้าพูล

Abstract

The purpose of this quantitative research is to study influence of opinion leaders in online social network on perception, attitude and decision making towards mental healthcare service. This study employs quantitative methodology using a survey with questionnaires to collect data from 400 samples who are following mental health opinion leaders in social network. Percentage, mean, standard deviation, analysis of variance and regression analysis were calculated. The objective are follow: 1. To study demographic groups show differences in their exposure to opinion leaders in online social network, their perception of mental healthcare information, their attitude to opinion leaders, their decision making to mental healthcare service. 2. To study exposure, perception, attitude influence on decision making to mental healthcare service.

The findings showed as follow: 1. Female has exposure to opinion leader in online social network, percept in mental health information, has good attitude and has word of mouth about mental healthcare service more than male. 2. Young people have word of mouth about mental healthcare service more than older people. 3. Undergraduate has exposure to mental health opinion leader in online social network more than graduate. 4. Divorced has exposure to opinion leader in online social network more than married. 5. Low income have good attitude toward mental healthcare more than high income. 6. Perception of mental healthcare information from opinion leaders in online social network has influence towards follower's decision making on mental healthcare service.

Keywords : Opinion Leaders, Mental Health, Online Social Network, Perception, Attitude, Decision Making

พิชชากร พุ่มพวง (นศ.ม. นิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2559) และ ชาติรี ใต้ฟ้าพูล (นศ.ค. นิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2548) ปัจจุบันดำรงตำแหน่งรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษา และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำภาควิชาการประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์เรื่อง “อิทธิพลของผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการรับรู้ทัศนคติและการตัดสินใจใช้บริการด้านสุขภาพจิต” ของพิชชากร พุ่มพวง โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชาติรี ใต้ฟ้าพูล เป็นที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้รับการประเมินผลการสอบวิทยานิพนธ์ในระดับดีมาก สาขาวิชาการจัดการการสื่อสารแบบบูรณาการ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1. ลักษณะทางประชากรที่ต่างกันจะมีการเปิดรับข้อมูลจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์แตกต่างกัน 2. ลักษณะทางประชากรที่ต่างกันจะมีการรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์แตกต่างกัน 3. ลักษณะทางประชากรที่ต่างกันจะมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์แตกต่างกัน 4. ลักษณะทางประชากรที่ต่างกันจะมีการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิตแตกต่างกัน และ 5. ศึกษาอิทธิพลของการเปิดรับ การรับรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิตโดยใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ในบริเวณขอบเขตที่ศึกษา จำนวน 400 คน

ผลการวิจัยพบว่า

1. เพศหญิงมีการเปิดรับ การรับรู้ ทัศนคติ และแนะนำบริการสุขภาพจิต มากกว่าเพศชาย
2. ผู้ที่อายุน้อยแนะนำบริการสุขภาพจิตให้ผู้อื่นทราบมากกว่าผู้ที่อายุมากกว่า
3. ผู้มีการศึกษาดำรงระดับปริญญาตรีเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์มากกว่าผู้มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี
4. คนที่มีสถานภาพหม้าย/หย่ามีพฤติกรรมการเปิดรับข้อมูลจากผู้นำความคิดมากกว่าคนที่มีสถานภาพสมรส
5. คนที่มีรายได้น้อยมีทัศนคติต่อการบริการด้านสุขภาพจิตในเชิงบวกมากกว่าคนที่มีรายได้สูงกว่า
6. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิต

คำสำคัญ: ผู้นำความคิด, เครือข่ายสังคมออนไลน์, สุขภาพจิต, การรับรู้, ทัศนคติ, การตัดสินใจ

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องที่อาจเกิดขึ้นได้ในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคลภายใต้สภาพสังคมปัจจุบันที่ปัญหาสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย หากไม่ได้รับการดูแลสภาพจิตใจให้มีสภาวะที่ปรกติสุขสมบูรณ์ดีแล้วนั้น อาจนำไปสู่ผลเสียต่อการใช้ชีวิตในด้านต่าง ๆ ทั้งด้านการเรียน การงาน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น เป็นต้น หรืออาจสะสมไปจนก่อให้เกิดโรคทางจิตเวชในที่สุด โดยข้อมูลจากกรมสุขภาพจิตเมื่อ พ.ศ. 2559 เปิดเผยว่ามีคนไทยป่วยจิตเวชอยู่ประมาณ 1,800,000 คน ซึ่งมีอัตราเพิ่มขึ้นจากปีก่อนหน้าโดยเฉลี่ยปีละ 30%

ปัญหาสุขภาพจิตจึงเป็นประเด็นที่สำคัญยิ่งที่จะต้องมีการสื่อสารอย่างทั่วถึงและถูกต้องเพื่อให้ผู้รับสารเกิดการรับรู้ในเรื่องสุขภาพจิต (Mental health perception) อันจะนำไปสู่การเกิดความรู้ความเข้าใจ การมองเห็นปัญหาและเกิดความตระหนัก และยอมรับว่าตนเองหรือผู้อื่นกำลังประสบปัญหาอยู่เพื่อที่จะนำไปสู่ความต้องการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตจากผู้เชี่ยวชาญ หรือบอกรับบริการด้านสุขภาพจิตให้แก่คนรอบข้างต่อไป

สำหรับกระแสความนิยมในการแสวงหาข้อมูลสุขภาพจิตของคนไทยสามารถสังเกตได้จากเว็บไซต์ Google Trends ซึ่งเป็นเว็บที่รวบรวมสถิติการใช้คำค้นหา (keyword) ที่ถูกค้นหา (search) มากที่สุด โดยจัดอันดับไว้ตามหมวดต่าง ๆ พบว่าคำว่า “โรคจิตเวช” ได้รับการจัดอันดับเป็น 1 ใน 5 คำค้นหายอดนิยมที่ผู้ใช้อินเทอร์เน็ตในไทยค้นหาผ่านเว็บไซต์ Google มากที่สุดใน พ.ศ. 2559 ในกลุ่มคำค้นหาหมวดโรค ซึ่งข้อมูลนี้ชี้ว่าคนไทยมีพฤติกรรมการหาข้อมูลสุขภาพจิตในสื่อออนไลน์มากขึ้นจากเดิมที่คำค้นหาเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพกาย จะได้รับความนิยมในการค้นหาข้อมูลมากกว่า

นอกจากนี้ในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ได้แก่ เฟซบุ๊ก ทวิตเตอร์ ซึ่งเป็นช่องทางที่น่าสนใจในการสื่อสารประเด็นสุขภาพจิตบนโลกอินเทอร์เน็ต ดังเกตได้ว่าปัจจุบันมีกลุ่มผู้นำความคิด (opinion leaders) ที่เป็นผู้เชี่ยวชาญหรือมีประสบการณ์ในด้านสุขภาพจิตได้เลือกใช้เฟซบุ๊กเพจและทวิตเตอร์เผยแพร่ข้อมูลสุขภาพจิต ซึ่งมีมากกว่า 20 ราย จึงเป็นปรากฏการณ์ด้านการสื่อสารที่น่าสนใจว่าการให้ข้อมูลสุขภาพจิตจากบุคคลเหล่านี้และผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์นี้จะมีอิทธิพลต่ออย่างไรต่อการรับรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการตัดสินใจเข้าใช้บริการด้านสุขภาพจิตของประชาชนผู้ติดตามอย่างไร

ปัญหานำวิจัย

1) ประชาชนที่เปิดรับข้อมูลข่าวสารจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์มีการรับรู้ข้อมูลสุขภาพจิตมีทัศนคติต่อผู้นำความคิด และมีการตัดสินใจในการเข้าใช้บริการด้านสุขภาพจิตอย่างไร

2) ลักษณะทางประชากรที่แตกต่างกัน มีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์มีการรับรู้ข้อมูลสุขภาพจิตมีทัศนคติที่มีต่อผู้นำความคิด และมีการตัดสินใจในการเข้าใช้บริการด้านสุขภาพจิตแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

3) การเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ การรับรู้ข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด และทัศนคติที่มีต่อผู้นำความคิดและที่มีต่อบริการสุขภาพจิต มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจเข้าใช้บริการด้านสุขภาพจิตหรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรที่ต่างกันจะมีการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์แตกต่างกัน

2) เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรที่ต่างกันจะมีการรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์แตกต่างกัน

3) เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรที่ต่างกันจะมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์แตกต่างกัน

4) เพื่อศึกษาลักษณะทางประชากรที่ต่างกันจะมีการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิตแตกต่างกัน

5) เพื่อศึกษาอิทธิพลของการเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพจิต ทัศนคติที่มีต่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต และการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งศึกษาถึงการเปิดรับข้อมูลจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ต่อการรับรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจเข้าใช้บริการด้านสุขภาพจิตของผู้ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์ที่ติดตามเพจ/ทวิตเตอร์ของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยวิธีการวิจัยสำรวจ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ที่ติดตามเพจ/ทวิตเตอร์ของผู้นำทางความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ โดยกำหนดเก็บข้อมูลเป็นเวลา 1 สัปดาห์ ตั้งแต่ 30 พฤษภาคม 2560 ถึง 6 มิถุนายน 2560

นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

การเปิดรับ หมายถึง การติดตามและรับข้อมูลข่าวสารจากผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตที่เผยแพร่ผ่านทางเฟซบุ๊กเพจ/ทวิตเตอร์ โดยสามารถวัดได้จากความบ่อยครั้งและความถี่ที่ผู้ติดตามเข้าไปเปิดรับข้อมูลเนื้อหาประเภทต่าง ๆ จากทวิตเตอร์/เฟซบุ๊กเพจ/ทวิตเตอร์ของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต

การรับรู้ หมายถึง ความเข้าใจ ความสนใจ ความสามารถในการจดจำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจิตอันรับรู้ได้จากช่องทางสื่อสารของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตบนหน้าเพจ/ทวิตเตอร์ โดยวัดได้จากระดับความมากน้อยในการรับรู้ในแต่ละประเด็นที่ผู้นำความคิดนำเสนอไว้

ทัศนคติ หมายถึง ระดับความคิดเห็นและความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์และบริการด้านสุขภาพจิต โดยอาจเป็นในแง่บวกหรือแง่ลบ

การตัดสินใจใช้บริการ หมายถึง การตกลงใจหรือความตั้งใจของบุคคลที่จะไปเข้ารับบริการจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (mental health professionals) ทั้งการขอรับคำปรึกษาปัญหาชีวิต การพูดคุยระบายอารมณ์ความรู้สึก การบำบัดความเครียด การปรับพฤติกรรม การตรวจพัฒนาการแต่ละช่วงวัย การตรวจรักษาโรคเป็นต้น กับจิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักจิตบำบัด หรือผู้เชี่ยวชาญสุขภาพจิต ณ หน่วยงานที่มีบริการสุขภาพจิตต่าง ๆ ทั้งในองค์กรของภาครัฐและเอกชน เช่น ศูนย์สุขภาพทางจิต คลินิกสุขภาพจิต สถาบันสุขภาพจิต โรงพยาบาล ที่มีแผนกจิตเวช โรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช เป็นต้น

ผู้นำความคิด หมายถึง บุคคลที่มีอิทธิพลต่อความคิดของคนในสังคม ในทิศทางที่จะชี้นำประเด็นต่าง ๆ โดยผู้นำความคิดต้องได้รับการยอมรับและเชื่อถือจากผู้ติดตามด้วย โดยเป็นบุคคลที่มีพื้นฐานความรู้มีประสบการณ์มีทักษะในการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตเผยแพร่ผ่านทางเครือข่ายสังคมออนไลน์ ได้แก่ เฟซบุ๊กเพจ ทวิตเตอร์ในการแสดงความคิดเห็นหรือสร้างประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพจิตให้เกิดขึ้น โดยผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตประกอบไปด้วยบุคคล 2 กลุ่ม คือ (1) ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต ได้แก่ จิตแพทย์ นักจิตวิทยา นักจิตบำบัด และ (2) ผู้เคยมีประสบการณ์ใช้บริการสุขภาพจิตมาแล้ว และได้เผยแพร่เรื่องราว ประสบการณ์รับบริการสุขภาพจิต ซึ่งทั้งสองกลุ่มผู้นำความคิดดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกมาเพื่อศึกษาเป็นจำนวน 20 เพจ/ทวิตเตอร์ โดยมีรายชื่อดังแจกแจงดังตาราง

รายชื่อ	คุณลักษณะผู้นำความคิด		เนื้อหาที่เน้นเผยแพร่	จำนวนผู้ติดตาม (คน)
	จิตแพทย์, นักจิตวิทยา	คนทั่วไปที่มีประสบการณ์		
Facebook Page				
- Psychologist Café	/		สุขภาพจิต, การศึกษาจิตวิทยา	72,759
- เลี้ยงลูกให้เป็นคนปกติ	/		สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น	168,701
- เงินเด็กขึ้นภูเขา	/		สุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น	282,480
- ปั่นใหม่โดยหมออุมาร	/		จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก	43,966
- หมอเสาวภาเลี้ยงลูกเชิงบวก	/		จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก	311,793
- หมอพอขอเล่าเรื่องโรคจิตเวช	/		โรคจิตเวชทั่วไป	71,676
- นายแพทย์เจษฎา	/		โรคจิตเวชทั่วไป	406,784
- นายแพทย์ประเสริฐ	/		จิตวิทยาพัฒนาการเด็ก	169,404
- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย	/		โรคจิตเวชทั่วไป	182,320
- ชมรมจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นฯ	/		โรคจิตเวชช่วงวัยเด็กและวัยรุ่น	100,261
- สาส์นจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้า		/	โรคซึมเศร้า	16,724
- โรคซึมเศร้าที่รัก		/	โรคซึมเศร้า	9,410
- จนกว่าจะหาย bipolar		/	โรคอารมณ์สองขั้ว	506
- Bipolar FC		/	โรคอารมณ์สองขั้ว	16,290
- BPD as I know it		/	ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ	763

รายชื่อ	คุณลักษณะผู้นำความคิด		เนื้อหาที่เน้นเผยแพร่	จำนวนผู้ติดตาม (คน)
	จิตแพทย์, นักจิตวิทยา	คนทั่วไปที่มีประสบการณ์		
Facebook Page				
- Sleepless Diary		/	โรคนอนไม่หลับ	1,303
- Andromeda from Pluto		/	โรคซึมเศร้า	2,359
- Heart to Heart แอร์อาการใจป่วย		/	โรคซึมเศร้า	1,877
Twitter				
- @tan_FX		/	โรคซึมเศร้า	28,600
- @PisineeD	/		จิตวิทยาคลินิก	9,575

*ข้อมูลจำนวนผู้ติดตามสำรวจเมื่อวันที่ 27 มิถุนายน 2560

เครือข่ายสังคมออนไลน์ หมายถึง ช่องทางการสื่อสารที่เป็นลักษณะของการให้บริการผ่าน Web-based ที่อนุญาตให้บุคคลสามารถสร้างข้อมูลส่วนตัวแบบเปิดสู่สาธารณะภายใต้เงื่อนไขของแต่ละระบบนั้น ๆ ที่จะเชื่อมต่อไปยังบัญชีผู้ใช้อื่น ๆ ที่อยู่เครือข่ายเดียวกันรวมกันได้ มีลักษณะเป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนข้อมูลแบบออนไลน์โดยให้เข้าถึงได้ผ่านระบบอินเทอร์เน็ต สำหรับงานวิจัยครั้งนี้จะศึกษากลุ่มตัวอย่างในเครือข่ายสังคมออนไลน์ 2 แพลตฟอร์มคือ (1) เฟซบุ๊กเพจ (2) ทวิตเตอร์ ซึ่งผู้นำความคิดสุขภาพจิตสร้างเนื้อหาที่ต้องการสื่อสารไปยังผู้คนในเครือข่ายนี้ได้ โดยข้อมูลที่ปรากฏบนเฟซบุ๊กเพจและทวิตเตอร์เหล่านี้สามารถเป็นได้ทั้งข้อความ ภาพ เสียง ลิงก์ วิดีโอ และอื่น ๆ ที่สามารถแบ่งปันและนำเสนอให้แก่ผู้ติดตาม

การทบทวนวรรณกรรม

1. แนวคิดเกี่ยวกับการสื่อสารในเครือข่ายสังคมออนไลน์

เครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network) คือ การให้บริการผ่าน Web-based โดยอนุญาตให้ปัจเจกบุคคลสามารถกระทำการได้ดังนี้ 1) สร้างข้อมูลส่วนตัวแบบเปิดเผยสู่สาธารณะหรือกึ่งสาธารณะ 2) เชื่อมต่อผู้ใช้อื่น ๆ จากรายชื่อที่อยู่ในเครือข่ายรวมกันได้ 3) สามารถแสดงผลและเข้าถึงรายชื่อเหล่านั้นในเครือข่ายภายใต้เงื่อนไขหรือ

ตามข้อกำหนดของแต่ละระบบที่มีขอบเขตในการใช้งาน (Danah M. Boyd & Nicole B. Ellison, 2007)

คุณลักษณะพิเศษของเครือข่ายสังคมออนไลน์ (Social Network) ที่มีต่างไปจากการสื่อสารผ่านสื่อกลางคอมพิวเตอร์คือผู้ใช้เครือข่ายสังคมออนไลน์สามารถเชื่อมต่อและเข้าถึงเครือข่ายที่ทำให้เกิดเป็นลักษณะของสังคมที่มีหลาย ๆ บุคคลอยู่ร่วมกัน มีการสื่อสารข้อมูลที่มาจากคอมพิวเตอร์จำนวนมากกว่า 1 เครื่องขึ้นไปที่เชื่อมโยงถึงกันทำให้สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลจากองค์กรต่าง ๆ ทั่วโลกเข้าด้วยกันผ่าน World Wide Web โดยมีวัตถุประสงค์คือเพื่อใช้เป็นช่องทางในการสื่อสาร เผยแพร่และสืบค้นสารสนเทศจากเครือข่ายต่าง ๆ ทั่วโลก จึงกล่าวได้ว่าในสื่อสังคมออนไลน์เป็นแหล่งรวมสารสนเทศทุกประเภท ทั้งข้อความ ภาพ เสียง และสื่อประสมต่าง ๆ ที่ถูกนำเข้ามาในระบบจากทั่วทุกมุมโลก

เฟซบุ๊ก (Facebook)

จุดเริ่มต้นของเฟซบุ๊กมีที่มาจาก Mark Zuckerberg ร่วมกับเพื่อนนักศึกษาอีก 2 คน Dustin Moskovitz และ Christ Hughes ร่วมก่อตั้งเว็บไซต์เฟซบุ๊กขึ้นเมื่อ ค.ศ. 2004 ด้วยวัตถุประสงค์คือเพื่อสร้างความสะดวกสบายในการสื่อสารของนักศึกษาภายในมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด จากนั้นได้ขยายการใช้งานไปยังมหาวิทยาลัย

สแตนฟอร์ดและมหาวิทยาลัยเยลที่อยู่บนเครือข่ายของ Ivy League จากนั้นได้รับความนิยมใช้งานอย่างแพร่หลาย ในทุกมหาวิทยาลัยของสหรัฐอเมริกาหลังจากนั้น Mark ได้วางแผนร่วมลงทุนกับเพื่อนเพื่อขยายตัวกิจการเฟซบุ๊ก ค.ศ. 2005 ได้จดทะเบียนเพื่อเปิดเครือข่ายขึ้นสำหรับ สมาชิกที่เป็นนักเรียนมัธยมศึกษา พนักงาน และองค์กร ต่าง ๆ ต่อมา เดือนกันยายน ค.ศ. 2006 ได้เปิดให้ ผู้ที่มีอีเมลและมีอายุ 13 ปีขึ้นไปสามารถสมัคร เข้าสมัครใช้งานเฟซบุ๊กได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และ เนื่องจากมีรูปแบบอินเทอร์เฟซ (interface) ที่เรียบง่าย ใช้งานได้หลากหลาย ทำให้ปัจจุบันเฟซบุ๊กเป็นสื่อสังคม ออนไลน์ที่ได้รับความนิยมเป็นอันดับหนึ่งอย่างรวดเร็ว และนับเป็นเครือข่ายสังคมที่ใหญ่ที่สุดของโลกโดยมีอัตรา การเติบโตของสมาชิกเกือบหนึ่งล้านคนต่อวัน (กมลชนก ปิ่นเพชร, 2556)

ทวิตเตอร์ (Twitter)

ทวิตเตอร์เป็นเว็บไซต์ให้บริการเครือข่ายสังคม ออนไลน์ ก่อตั้งเมื่อเดือนมีนาคม ค.ศ. 2006 โดยแจ็ก ดอร์ซี บิซสโตน และอีวาน วิลเลียมส์ เว็บไซต์ทวิตเตอร์ จัดเป็นสื่อสังคมออนไลน์จำพวกไมโครบล็อก (Micro blog) มีจุดเด่นคือในการเผยแพร่ข้อความในครั้งหนึ่ง ๆ มีการ จำกัดตัวอักษร (alphabet) ในการส่งข้อความต่อครั้ง ได้ไม่เกิน 140 ตัวอักษร ในการเผยแพร่ข้อความมีศัพท์ เรียกว่าการ “ทวิต” (Tweet) ผู้ใช้งานทวิตเตอร์แต่ละบุคคล สามารถกดติดตาม (follow) บุคคลอื่นที่ใช้งานทวิตเตอร์ ได้ หรือกดเลิกตาม (unfollow) เพื่อยกเลิกการรับ “ทวิต” ของบุคคลนั้น ๆ นอกจากนี้ ทวิตเตอร์มีระบบแฮชแท็ก (hashtag) ที่มีประสิทธิภาพ ถ้าหากแฮชแท็กใด ที่ได้รับการเขียนในทวิตบ่อยในช่วงเวลาหนึ่งก็จะได้รับ นำขึ้นเป็นเทรนด์บนหน้าเว็บไซต์ทวิตเตอร์ (Twitter trends) เพื่อให้ผู้คนได้รับรู้ว่ามีการแสดงอะไรเกิดขึ้น ภายในเครือข่าย

ช่วง ค.ศ. 2007 - 2008 คือปีที่คนไทยเริ่มหันมาใช้ ทวิตเตอร์กันค่อนข้างมาก หนึ่งในผู้ขับเคลื่อนให้คนไทย หันมาใช้คือคุณสุทธิชัย หยุ่น ซึ่งยุคนั้นมีการนำรูปภาพ โปรไฟล์ของคนไทยที่ใช้ Twitter ขึ้นหน้าแรกของ

หนังสือพิมพ์เนชั่นตีพิมพ์ในวันเด็ก นอกจากนี้ยังมีกรณี นัด พบปะคนใน Twitter กันบ่อยครั้งจึงทำให้มีฐานผู้ใช้ ในไทยนับล้านคน (Thumbsup, 2559)

โดยสรุปแล้ว เครือข่ายสังคมออนไลน์ คือ การ ให้บริการบนระบบเว็บไซต์ที่อนุญาตให้ปัจเจกบุคคล สามารถสร้างข้อมูลส่วนตัวนำเสนอต่อสาธารณะ ภายใต้อิทธิพลของผู้ให้บริการเครือข่ายสังคมออนไลน์ นั้น ๆ ได้แก่ เฟซบุ๊ก และทวิตเตอร์ ซึ่งถือเป็นเครือข่าย สังคมออนไลน์ที่มีคนไทยทั่วไปนิยมใช้งาน อีกทั้งจาก การสำรวจผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตพบว่าเลือกใช้ ช่องทางเฟซบุ๊กเพจและทวิตเตอร์ในการส่งสาร ทั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำศึกษาแนวคิดนี้เพื่อนำมาใช้ในการอภิปราย ผลการวิจัยต่อไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้นำความคิด

Katz และ Lazarsfeld เป็นนักวิจัยกลุ่มแรก ที่เชื่อว่ากระบวนการสื่อสารมีทิศทางเป็นการไหลไป ของข่าวสารแบบ 2 ขั้นตอน กล่าวคือ ข่าวสารจะไหล จากสื่อมวลชน (mass media) ไปยัง ผู้นำความคิด (opinion leaders) และจากผู้นำความคิดไปยังผู้ตาม (follower) (Assael, 1998) โดยผู้นำความคิดจะเปิดรับข้อมูล ข่าวสารจากสื่อมวลชนมากกว่าผู้ตาม ผู้นำทางความคิด จะทำหน้าที่เป็นคนกลาง (intermediaries) ระหว่าง สื่อมวลชนกับผู้บริโภคคนอื่น ๆ และมองว่าผู้บริโภค ส่วนใหญ่เป็นผู้รับข้อมูลข่าวสารที่เฉื่อยชา ไม่ตื่นตัว (passive recipients) และการไหลไปของข่าวสารจะไหลไป ทางเดียว (one-way communication) โดย Two - step flow model มองว่าสื่อมวลชนมีอิทธิพลน้อยมากเมื่อเทียบกับการสื่อสารแบบตัวต่อตัวในการชักจูงให้ประชาชนยอมรับ ความคิด ทัศนคติ หรือการปฏิบัติที่แปลกใหม่

Boone และ Kurtz (1995) อธิบายว่า กลุ่มผู้นำ ทางความคิดมีอยู่ในสังคมทุกระดับชั้น บุคคลหนึ่งสามารถ เป็นผู้นำทางความคิดในผลิตภัณฑ์บางอย่าง และใน ขณะเดียวกันจะเป็นผู้ตามในประเภทอื่น ๆ ก็อาจเป็นไปได้ ผู้นำทางความคิดอาจเป็นบุคคลที่นิยมซื้อผลิตภัณฑ์ใหม่ ๆ ก่อนบุคคลอื่น แล้วนำประสบการณ์ที่ได้ใช้ผลิตภัณฑ์ ใหม่ นั้นแจ้งให้ผู้อื่นรับรู้โดยการบอกต่อ (word-of-mouth

communication) หรืออาจเป็นบุคคลประเภทใฝ่รู้ หรือผู้ซึ่งมีความโน้มเอียงที่ต้องการจะเป็นผู้นำทางความคิดในผลิตภัณฑ์และบริการบางอย่าง ซึ่งตนเองมีความรู้และมีความสนใจอย่างมาก และจากความสนใจของเขาจึงเป็นตัวกระตุ้นให้แสวงหาข้อมูลจากสื่อมวลชนจากผู้ประกอบการผลิต และจากแหล่งข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ แล้วนำความรู้ที่ได้รับไปบอกกล่าว ถ่ายทอดให้กับผู้ใกล้ชิด หรือผู้ติดต่อด้วยอีกต่อหนึ่ง (Boone & Kurtz, 1995)

จากแนวคิดนี้ สรุปได้ว่า ผู้นำความคิด คือผู้ที่มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารในช่องทางใดช่องทางหนึ่งไปยังผู้ที่ติดตาม โดยผู้คนในสังคมให้การยอมรับว่ามีอิทธิพลทางความคิดเฉพาะทางในเรื่องนั้น ๆ อันเนื่องมาจากบุคคลที่เป็นผู้นำความคิดมีข้อมูลข่าวสารในเรื่องดังกล่าวมาก หรือจากความเชี่ยวชาญ การมีประสบการณ์ตรง อีกทั้งยังมีคุณลักษณะของการนำเสนอข้อมูลแก่ผู้รับสารสามารถเกิดการคล้อยตามได้

สำหรับในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่ศึกษาเกี่ยวกับผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตบนสื่อออนไลน์ จึงจัดจำแนกผู้นำความคิดได้เป็น (1) ผู้นำความคิดที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญในฐานะอยู่ในวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์และนักจิตวิทยา (2) ผู้นำความคิดที่มีความรู้จากประสบการณ์ในการเข้ารับบริการสุขภาพจิต โดยมีการบอกต่อข้อมูลข่าวสารไปสู่สาธารณะ ได้แก่ คนไข้จิตเวชที่เคยได้รับการโดยทั้งสองกลุ่มของผู้นำความคิดดังกล่าวนี้ ผู้วิจัยจะนำมาใช้ในการอภิปรายผลต่อไป

3. แนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้

Solomon (2011) ได้อธิบายกระบวนการการรับรู้ไว้ว่าเริ่มจากได้รับสิ่งเร้า โดยรับสัมผัสผ่านประสาทสัมผัส การรับรู้ทั้งห้า นำไปสู่กระบวนการรับรู้ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การเปิดรับ (Exposure) การตั้งใจรับสาร (Attention) และการตีความ (Interpretation) จนตอบสนองไปสู่การรับรู้ (Solomon, 2011)

นอกจากนี้ Aaker (1991) อธิบายว่าการรับรู้ของผู้บริโภคคือความสามารถในการจดจำหรือระลึกถึงตราสินค้า โดยที่สามารถจำได้ว่าสินค้านั้น ๆ เป็นส่วนหนึ่งของตราสินค้า ซึ่งการรับรู้มีความสำคัญต่อการสร้างคุณค่าตราสินค้า (Brand equity) อย่างยิ่ง

เนื่องจากเมื่อผู้บริโภคเกิดการรับรู้ตราสินค้าใด ๆ แล้ว ผู้บริโภคจะเกิดความคุ้นชินกับตราสินค้านั้นมากขึ้น ประกอบกับ ผู้บริโภคเริ่มให้ความเชื่อถือ ความไว้วางใจในคุณภาพที่เหมาะสม ทั้งนี้ผู้บริโภคจะเลือกซื้อผลิตภัณฑ์จากตราสินค้าที่รู้จักมากกว่าตราสินค้าที่ผู้บริโภคไม่เคยรับรู้มาก่อน ทั้งหมดนี้นำไปสู่การตัดสินใจซื้อในที่สุด

สรุปได้ว่า การรับรู้ตราสินค้าของผู้บริโภค ได้แก่ การจดจำ หมายถึง ผู้บริโภคสามารถนึกถึงหรือจดจำผลิตภัณฑ์/บริการสุขภาพจิตได้ และผู้บริโภคสามารถระลึกได้ หมายถึง การที่ผู้บริโภคสามารถระลึกถึงข้อมูลการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตได้ สำหรับการวิจัยครั้งนี้จะวัดการจดจำรับรู้ว่าการบริการสุขภาพจิตมีอะไรบ้าง โดยอ้างอิงจากข้อมูลที่ผู้นำความคิดนำมาเผยแพร่บนเฟซบุ๊กเพจ/ทวิตเตอร์ โดยผู้วิจัยนำแนวคิดนี้มาใช้อภิปรายผล

4. แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

Assael (2004) กล่าวว่า ทัศนคติคือความโน้มเอียงที่ผู้บริโภคเรียนรู้และตอบสนองออกมาต่อสิ่งเร้าหรือวัตถุในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง ซึ่งเป็นทิศทางที่สอดคล้องกับความรู้อีกต่อตราสินค้า เช่น รู้สึกชอบหรือไม่ชอบตราสินค้านั้น ๆ สอดคล้องกันกับแนวคิดของ Schiffman และ Kanuk (2010) ให้คำจำกัดความว่าทัศนคติคือความโน้มเอียงของบุคคลอันเกิดจากการเรียนรู้ นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมที่สอดคล้องกับลักษณะที่พึงพอใจ หรือไม่พึงพอใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยทัศนคติของแต่ละบุคคลสามารถบอกถึงมุมมองที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ รอบตัว รวมถึงสินค้า บริการ บุคคล โฆษณา เว็บไซต์ ราคา หรือตัวแทนจำหน่าย เป็นต้น

ขณะที่ Solomon (2011) อธิบายถึงทัศนคติ (Attitude) ไว้ว่าเป็นส่วนสุดท้ายในการประเมินของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่ง ทัศนคติประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน 3 ประการ คือ ความคิด (Cognition) ความรู้สึก (Affect) และพฤติกรรม (Behavior) ที่บุคคลนั้นมีต่อสิ่งๆหนึ่ง โดยผู้บริโภคที่มีประสบการณ์และความรู้ที่แตกต่างกันจะทำให้เกิดความรู้สึกที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งแสดงออกได้ 3 ลักษณะ ได้แก่

1) ทักษคติทางบวก (Positive attitude) ผู้บริโภคมีพฤติกรรมตอบสนองในด้านที่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเป็นพื้นฐานที่ดีสำหรับผู้บริโภคในการเปิดรับข้อมูลใหม่เข้ามา

2) ทักษคติทางลบ (Negative attitude) ผู้บริโภคมีพฤติกรรมตอบสนองในด้านที่ไม่ดีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเกิดจากความรู้สึกไม่พอใจหรือต่อต้านข้อมูลใหม่

3) ทักษคติเฉย (Passive attitude) ผู้บริโภคไม่มีพฤติกรรมใด ๆ ที่ตอบสนองต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการที่ผู้บริโภคไม่มีความคิดเห็นหรือไม่สนใจต่อสิ่งนั้น ๆ จนกลายเป็นมุมมองที่นิ่งเฉย

โดยสรุปแล้ว ทักษคติ คือความรู้สึกของผู้บริโภคหรือผู้เข้ารับบริการที่มีต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิต ทั้งแง่บวกแง่ลบ หรือเฉยๆ ต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิตโดยรวม ซึ่งแต่ละบุคคลอาจมีทัศนคติที่แตกต่างกันออกไป โดยที่เมื่อผู้บริโภคเกิดทัศนคติต่อการเข้ารับบริการด้านสุขภาพจิตแล้วจะสามารถกระตุ้นให้ผู้บริโภคเกิดพฤติกรรมตามมาได้ ส่งผลให้ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคตินี้เพื่อศึกษาว่าผู้ติดตามกลุ่มผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตมีความรู้สึกต่อการเข้ารับบริการสุขภาพจิตอย่างไรโดยผู้วิจัยนำแนวคิดนี้มาใช้สำหรับสร้างแบบสอบถามและอภิปรายผลการวิจัย

5. แนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการตัดสินใจ

Schiffman and Kanuk (2010) ให้คำจำกัดความของการตัดสินใจของผู้บริโภค (Consumer decision making) คือการที่บุคคลมีทางเลือกตั้งแต่ 2 ทางขึ้นไป และต้องเลือกตัดสินใจในทางใดทางหนึ่งเท่านั้น เช่น การเลือกผลิตภัณฑ์ เลือกตราสินค้า เลือกกิจกรรมเลือกรับบริการหรือไม่รับบริการ เป็นต้น โดยการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภคคือผู้บริโภคได้มีบทบาทเป็นผู้ซื้อผู้ชำระเงิน และเป็นผู้ใช้ผลิตภัณฑ์/บริการนั้น ๆ

ขณะที่ Solomon (2011) อธิบายกระบวนการตัดสินใจซื้อของผู้บริโภคไว้ 5 ลำดับขั้นคือ

(1) การตระหนักรู้ถึงปัญหา (Problem recognition) เป็นจุดเริ่มต้นในการตัดสินใจซื้อ เกิดจากการที่ผู้บริโภคตระหนักรู้ถึงปัญหา โดยผู้บริโภคพบว่าสิ่งที่มีอยู่ไม่เพียงพอหรือไม่ตอบสนองต่อความต้องการ

(2) การค้นหาข้อมูล (Information search) เมื่อผู้บริโภคเกิดการตระหนักรู้ถึงปัญหา ผู้บริโภคจะหาข้อมูลต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมารวบรวมประกอบการตัดสินใจเพื่อที่จะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น โดยขั้นตอนนี้นับเป็นขั้นตอนสำคัญที่ผู้บริโภคจะเจอกับข้อมูล ทั้งข้อมูลตราสินค้า ข้อมูลการบริการ ข้อมูลสถานที่จำหน่าย ทั้งนี้ การค้นหาข้อมูลอาจเริ่มต้นได้จากการหาข้อมูลภายใน (Internal search) คือ ความจำเดิมของผู้บริโภค ไปสู่การค้นหาข้อมูลภายนอก (External search) เช่น การถามบุคคลอื่น การค้นหาในเสิร์จเอนจิน

(3) การประเมินทางเลือก (Evaluation of alternatives) หลังจาก que ผู้บริโภคได้ข้อมูลแล้ว ผู้บริโภคจะนำเอาข้อมูลทั้งหมดมาเปรียบเทียบเพื่อประเมินทางเลือกในการจะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

(4) การซื้อ (Purchase decision) เมื่อผู้บริโภคทำการประเมินเพื่อหาสินค้า/บริการที่ตรงกับความต้องการมากที่สุดแล้ว ขั้นตอนนี้คือการตัดสินใจซื้อ โดยจะพิจารณาถึงสถานที่และวิธีการซื้อ เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาของผู้บริโภค

(5) ผลลัพธ์หลังจากการซื้อ (Post purchase behavior) คือขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการตัดสินใจซื้อ โดยจะเกิดหลังจากที่ผู้บริโภคได้ใช้ผลิตภัณฑ์/บริการแล้ว อันจะนำไปสู่พฤติกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การซื้อซ้ำ ความภักดีต่อตราสินค้า ตลอดจนการสื่อสารแบบบอกต่อไปยังคนรอบข้างอีกด้วย

โดยสรุปแล้ว การตัดสินใจ หมายถึงการที่บุคคลตกลงใจที่จะเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ หรือรับบริการ ที่มีสองอย่างขึ้นไป โดยเริ่มมาจากการค้นหาข้อมูลเพื่อประเมินคุณลักษณะที่ดีที่สุดก่อนจะตกลงใจที่จะซื้อ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดกระบวนการตัดสินใจซื้อสำหรับศึกษาว่าเมื่อผู้ติดตามเปิดรับข้อมูลข่าวสารจากกลุ่มผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตแล้วมีการส่งผลต่อกระบวนการตัดสินใจเข้ารับบริการหรือไม่ และเกิดกระบวนการรับรู้และทัศนคติผ่านไปสู่กระบวนการตัดสินใจแล้ว จะมีการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิตหรือแนะนำบุคคลอื่นหรือไม่

6. แนวคิดเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร

ในการสื่อสาร ผู้รับสารแต่ละคนอาจมีพื้นเพ ประสบการณ์ และลักษณะที่แตกต่างกันไปหลากหลายด้าน เรียกว่าลักษณะทางประชากร (Demographic Characteristics) อันประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา สถานทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นต้น ซึ่งลักษณะทางประชากรของผู้รับสารที่ต่างกันนี้จะก่อให้เกิดแต่ละบุคคลมีพฤติกรรม และความสนใจในการรับข่าวสารแตกต่างกันไปด้วย (กิตติมา สุรสุนทร, 2547)

1) เพศ (Sex) ลักษณะทางเพศเป็นปัจจัยพื้นฐานด้านร่างกายที่แตกต่างกันของบุคคล ก่อให้เกิดสถานภาพ และกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ ยังมีความสัมพันธ์ในด้านบุคลิกภาพภายนอก รวมไปถึงด้านอารมณ์ภายในของบุคคล เช่น เพศหญิงเป็นเพศที่มีอารมณ์อ่อนไหวกว่าเพศชาย โดยมีมุมมองเหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ในลักษณะที่ละเอียด ละเมียดละไมกว่าเพศชาย นอกจากนี้ ความแตกต่างทางเพศทำให้บุคคลมีพฤติกรรมการติดต่อสื่อสารที่แตกต่างกัน กล่าวคือ เพศหญิงมีแนวโน้มและมีความต้องการที่จะส่งและรับข่าวสารมากกว่าเพศชาย (กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, 2546)

2) อายุ (Age) สามารถบ่งบอกได้ถึงความเป็นผู้มีประสบการณ์ในเรื่องต่าง ๆ ของบุคคล รวมทั้งวิวุฒิ ในการตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่ที่อายุหรือวัยที่ต่างกัน โดยอายุที่เพิ่มขึ้นของบุคคลจะทำให้มีความคิดที่รอบคอบเพิ่มมากขึ้น บุคคลที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการตอบสนองต่อการติดต่อสื่อสารเปลี่ยนไปเมื่อตนเองมีอายุมากขึ้น

3) การศึกษา (Education) การได้รับการศึกษาเป็นอีกหนึ่งตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อความรู้ ความนึกคิด ทักษะคิด รวมไปถึงค่านิยมของแต่ละบุคคลที่มีต่อเรื่องราวต่าง ๆ โดยสถานบันการศึกษาคือหนึ่งในสถานที่อบรมบ่มเพาะให้บุคคลมีความรู้คิดและปัญญา รวมไปถึงบุคลิกภาพที่แตกต่างกันตามระดับของความรู้

4) สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม (Socio-Economic Status) ได้แก่ รายได้ อาชีพ เชื้อชาติ รวมถึง

ปุมหลังของครอบครัว ส่วนเป็นปัจจัยที่มีผลในการกำหนดการเลือกเปิดรับสื่อ อีกทั้งการเลือกรับเนื้อหาที่สอดคล้องกับอาชีพ ความคิด ความเชื่อ และค่านิยมของสังคมนั้น ๆ ตลอดจนองค์กรหรือสถาบันที่บุคคลสังกัดอยู่ โดยเฉพาะด้านรายได้ของบุคคลซึ่งเป็นสิ่งแสดงถึงฐานะทางเศรษฐกิจอันเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการมีศักยภาพในการดูแลตนเอง บ่งบอกถึงอำนาจการใช้จ่ายในการบริโภคข่าวสาร ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีโอกาสที่ดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำ จะมีการศึกษาน้อย ทำให้มีข้อจำกัดในการรับรู้ เรียนรู้ ตลอดจนการแสวงหาความรู้และประสบการณ์ในการดูแลตนเอง

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับตัวแปรด้านลักษณะทางประชากร ผู้วิจัยได้พิจารณาศึกษาคุณลักษณะทั้ง 4 ข้างต้น ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ มาศึกษาเพื่อนำไปสู่การอภิปรายผล

7. แนวคิดเกี่ยวกับการเปิดรับสื่อ

Becker (1972) ให้ความหมายของการเปิดรับข่าวสารโดยจัดจำแนกไปตามพฤติกรรม ดังนี้

1) การแสวงหาข้อมูล (Information seeking) บุคคลแสวงหาข้อมูลเมื่อต้องการที่จะใกล้ชิดกับเรื่องราวของบุคคลหรือเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

2) การเปิดรับข้อมูล (Information receptivity) บุคคลเปิดรับข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ตนอยากรู้ และสนใจ ยิ่งข้อมูลข่าวสารมีความเกี่ยวข้องกับตนเองก็ยิ่งให้ความสนใจที่จะรับข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นพิเศษ

3) การเปิดรับประสบการณ์ (Experience receptivity) บุคคลรับข้อมูลเพื่อต้องการผ่อนคลายอารมณ์ เช่นเดียวกับ McCombs & Becker (1979) ได้ให้เหตุผลของการเปิดรับข้อมูลข่าวสารของบุคคลในทำนองเดียวกันว่า โดยพื้นฐานแล้วบุคคลจะทำการเปิดรับจากแรงผลักดันและเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของตน 6 ประการ ดังนี้

1) ต้องการเรียนรู้และรู้เท่าทันต่อเหตุการณ์สังคมปัจจุบัน (Surveillance) โดยติดตามข่าวสารความเคลื่อนไหว

จากสื่อมวลชนเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น ๆ

2) เพื่อเป็นข้อมูลในการตัดสินใจ (Decision) เนื่องจากการเปิดรับข้อมูลจะทำให้บุคคลสามารถใช้เป็นแหล่งสำหรับการประเมินทางเลือกต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างละเอียดรอบคอบ

3) เพื่อนำข้อมูลที่ได้ขึ้นไปสร้างการสนทนากับบุคคลอื่น (Discussion)

4) เพื่อตอบสนองความต้องการมีส่วนร่วมในเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในสังคม (Participation)

5) เพื่อสนับสนุนหรือส่งเสริมให้มีความมั่นใจต่อสิ่งที่ได้ตัดสินใจกระทำ (Reinforcement)

6) เพื่อความบันเทิง (Entertainment) ทำให้ผู้รับสารมีอารมณ์ที่ผ่อนคลายจากความตึงเครียดจากชีวิตประจำวัน

ส่วน Merrill & Ralph (1971) กล่าวว่า การเลือกรับหรือใช้สื่อของบุคคลมีปัจจัยพื้นฐานที่เป็นแรงผลักดันภายในอันมีที่มาจาก 3 ปัจจัยต่อไปนี้ ได้แก่

1) ความเหงา เป็นเหตุผลพื้นฐานทางจิตวิทยาเนื่องด้วยมนุษย์ไม่ชอบอยู่อย่างโดดเดี่ยว เนื่องจากจะเกิดความรู้สึกสับสน วิตกกังวล หวาดกลัว ซึมเศร้า มนุษย์ไม่ชอบการถูกปฏิเสธหรือเมินเฉยจากสังคม อยากรู้ก็ตาม มนุษย์ยังสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ ได้ผ่านสื่อต่าง ๆ ที่ใช้ในการสื่อสาร โดยเฉพาะในยุคนี้ที่สื่อออนไลน์เข้ามามีบทบาทในชีวิตของผู้คนสมัยใหม่ จะเห็นว่าบางครั้งบางคนเลือกใช้สื่อออนไลน์มากกว่าอยู่กับบุคคลเพราะสื่อออนไลน์สามารถปฏิเสธการมีส่วนร่วมในการสนทนาหรือลดแรงกดดันทางสังคมให้แก่ตนเองได้ ในทางกลับกัน บางคนอาจจะชื่นชอบและพอใจที่จะสนทนาผ่านทางสื่อออนไลน์มากกว่าการเผชิญหน้ากัน (Face-to-face) ก็ได้

2) ความอยากรู้อยากเห็น ตามปกติแล้วมนุษย์จะอยากรู้อยากเห็นในสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้ทราบที่มาที่ไป ทั้งสิ่งที่ใกล้ตัวหรือสิ่งที่ไกลตัวออกไป จะเห็นได้ว่าสื่อประเภทต่าง ๆ มักนำเสนอข่าวสารเพื่อตอบสนองต่อความอยากรู้อยากเห็นของสังคมที่ให้ความสนใจในประเด็นนั้น ๆ

และยึดจุดเรื่องความอยากรู้อยากเห็นของผู้รับสารมาเป็นหลักสำคัญของการให้ข่าวสาร

3) ประโยชน์ใช้สอย มนุษย์ในฐานะผู้รับสารมีความต้องการแสวงหาและใช้ข้อมูลข่าวสารที่ได้รับนั้นให้เกิดประโยชน์ โดยมักเลือกสื่อที่ใช้ความพยายามน้อยที่สุด (Least Effort) และได้ประโยชน์ตอบแทนดีที่สุด (Promise of Reward) เช่น สามารถช่วยให้รู้สึกประสบความสำเร็จ รู้สึกสบายใจ รู้สึกปลอดภัย รู้สึกสนุกสนาน เป็นต้น ข้อมูลข่าวสารเหล่านี้ไม่ว่าจะใช้เป็นประโยชน์ในแง่ปฏิบัติ แง่จริยธรรมจิตใจ หรือแง่สนับสนุนความคิดสามารถหาได้จากสื่อต่าง ๆ

สรุปได้ว่าข่าวสารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตของมนุษย์ เพื่อตอบสนองความเป็นสัตว์สังคมที่ต้องการติดต่อและแลกเปลี่ยนข่าวสารแก่กันอันนำไปสู่การดำรงชีวิตขั้นพื้นฐานและยังเป็นปัจจัยสำคัญที่มนุษย์ใช้ข้อมูลข่าวสารเหล่านั้นประกอบการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ โดยสำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยศึกษาการเปิดรับของผู้ใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ ได้แก่ เฟซบุ๊ก และทวิตเตอร์ โดยสามารถวัดได้จากความถี่และความบ่อยครั้งที่บุคคลเข้าไปในการเปิดรับข้อมูลจากผู้นำความคิดเพื่อนำไปสู่การสร้างแบบสอบถามและเพื่อใช้ในการอภิปรายผลต่อไป

8. แบบจำลองการสื่อสารตามแนวคิดของเบอร์โล (SMCR Model)

David K. Berlo นำเสนอแนวคิด SMCR Model ในช่วงทศวรรษที่ 1960 โดยตีพิมพ์ในหนังสือ The Process of Communication เพื่ออธิบายคุณลักษณะและปัจจัยภายในกระบวนการสื่อสารโดยเขาได้รวมต้นแหล่งสารกับผู้เข้ารหัสไว้ในฐานะต้นแหล่งสารหรือผู้ส่งสาร และรวมผู้ถอดรหัสกับผู้รับสารไว้ในฐานะผู้รับสาร แบบจำลองการสื่อสารตามแนวคิดของเบอร์โล จึงประกอบไปด้วย S (Source or Sender) คือผู้ส่งสาร M (Message) คือสาร C (Channel) คือช่องทางการสื่อสารและ R (Receiver) คือผู้รับสาร โดย สุภรณ์ศรี จิตกุลเจริญ (2540) สรุปองค์ประกอบของการสื่อสารรายละเอียดของคุณลักษณะได้ดังนี้

1) ผู้ส่งสาร (Sender) เป็นผู้เริ่มต้นการสื่อสาร โดยทำหน้าที่ในการเข้ารหัส ซึ่งผู้ส่งสารจะทำหน้าที่ในการสื่อสารได้ดีเพียงใดนั้นจะขึ้นอยู่กับคุณสมบัติต่าง ๆ ได้แก่ ทักษะในการสื่อสารทัศนคติ ความรู้ ระบบสังคม ระบบวัฒนธรรม เป็นต้น

2) สาร (Message) หมายถึง ถึงยคำ เสียง การแสดงออกด้วยสีหน้า อากัปกิริยาท่าทาง ที่มนุษย์สร้างขึ้นในขณะที่เป็นผู้ส่งสาร โดยสารมีคุณสมบัติคือ (1) มีรหัสของสาร (message code) เช่น ภาษาพูด ภาษาเขียน ภาษาท่าทาง หรือรหัสอื่น ๆ (2) มีเนื้อหา (content) คือใจความที่ต้องการสื่อสาร (3) มีการจัดสาร (treatment) คือ วิธีการที่ผู้ส่งสารเลือกและจัดเตรียมเนื้อหาของสาร โดยเกี่ยวข้องกับด้านเนื้อหา สัญลักษณ์ และวิธีการส่งข่าวสาร เช่น การใช้ภาษา ไวยากรณ์ ศัพท์ คำถาม คำอุทาน ความคิดเห็น เป็นต้น สารที่ถูกจัดเตรียมไว้ดีจะทำให้ผู้รับสารเกิดการรับรู้ในความหมายได้

3) ช่องทางการส่ง (Channel) อาจเรียกว่าเป็นพาหนะที่นำพาสารไปสู่ผู้รับสาร โดยผู้รับสารได้รับข้อมูลผ่านช่องทางที่จะนำสารไปสู่หน่วยรับความรู้สึกของมนุษย์ ซึ่งมีอยู่ 5 ประการ คือ การเห็น การได้ยิน การสัมผัส การได้กลิ่น และการลิ้มรส

4) ผู้รับสาร (Receiver) จำเป็นต้องมีคุณสมบัติเฉพาะ เช่นเดียวกับผู้ส่งสาร คือ ต้องเป็นผู้มีทักษะความชำนาญในการสื่อสาร โดยมีความสามารถในการถอดรหัสสาร (decode) เป็นผู้ที่มีทัศนคติ ระดับความรู้ และพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรม คล้ายคลึงกันกับผู้ส่งสาร จึงจะทำให้การสื่อสารความหมายหรือการสื่อสารได้ผลสำเร็จ

จากการศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการส่งสารของเบอร์โรล ผู้วิจัยจะนำมาใช้อธิบายถึงรูปแบบ ขั้นตอน และคุณลักษณะของผู้นำความคิด (S) ที่ได้ส่งสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพจิต (M) ผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ เฟซบุ๊กและทวิตเตอร์ (C) ไปยังผู้รับสารที่เป็นผู้ติดตาม หรือผู้ที่เปิดรับข้อมูล (R) โดยจะอภิปรายผลในแต่ละด้านตามทฤษฎีดังกล่าว

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยวิธีการศึกษาแบบ Cross-functional study ด้วยการให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม (Questionnaire) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นกลุ่มผู้ใช้เฟซบุ๊ก/ทวิตเตอร์ที่ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตตั้งแต่ 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้วิจัยใช้การเลือกตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental sampling) โดยให้กลุ่มผู้นำความคิดทำการแจกแบบสอบถามผ่านทางหน้าเฟซบุ๊กเพจ/ทวิตเตอร์ของตนผู้วิจัยเก็บเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ตั้งแต่ 30 พฤษภาคม 2560 ถึง 6 มิถุนายน 2560 จึงได้ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 400 คน ผ่านช่องทางเฟซบุ๊กเพจ/ทวิตเตอร์ของ 20 ผู้นำความคิดที่อยู่ภายใต้ขอบเขตของการวิจัย

โดยสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน คือ t-test และ One Way ANOVA เพื่อศึกษาหาความแตกต่างระหว่างตัวแปรและใช้สถิติทดสอบ Multiple Regression Analysis เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระหลายตัวแปรที่มีผลต่อตัวแปรตามตัวแปรเดียว

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 400 คน โดยมีผลการวิจัย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analytical Statistics)

ลักษณะทางประชากร

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 64.75 (259 คน) และเป็นเพศชายร้อยละ 35.25 (141 คน) มีอายุในช่วง 21-30 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43 (172 คน) มีสถานภาพโสด มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 74.75 (299 คน) มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60 (240 คน) ประกอบอาชีพนักเรียน/นิสิตนักศึกษา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.25 (153 คน) มีรายได้ต่อเดือนไม่เกิน 15,000 บาท มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 47 (188 คน)

พฤติกรรมกรเปิดรับ

กลุ่มตัวอย่างเปิดรับข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ โดยได้ติดตามมาเป็นเวลานานกว่า 2 ปี มากที่สุด ร้อยละ 31.3 (125 คน) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมเปิดรับเป็นประจำทุกวัน มากที่สุด ร้อยละ 45.3 (181 คน) โดยใช้เวลาเปิดรับในแต่ละวันเป็นเวลานานน้อยกว่า 30 นาที มากที่สุด ร้อยละ 47 (188 คน) และผู้นำความคิดที่กลุ่มตัวอย่างติดตามมากที่สุดคือ Psychologist Café คิดเป็นร้อยละ 14.74 (226 คน)

ทั้งนี้ จากผลสำรวจระดับความสนใจต่อเนื้อหาที่ผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตเผยแพร่ในเครือข่ายสังคมออนไลน์พบว่า เนื้อหาที่กลุ่มตัวอย่างนิยมมากที่สุดคือหมวดจิตวิทยาพัฒนาตนเองหรือจิตวิทยาเชิงบวกที่สร้างแรงบันดาลใจหรือการเข้าใจตนเอง รองลงมาคือหมวดจิตวิทยาความสัมพันธ์ ความรัก การรู้ใจหรือเข้าใจผู้อื่น

การรับรู้เกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ต่อบริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ค่าเฉลี่ยรวม 4.3429 โดยเมื่อพิจารณาในแต่ละข้อความพบว่าข้อความการรับรู้ที่ “โรคทางจิตเวชมีโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้กับทุกคน อันเนื่องมาจากปัจจัยในสมองประสาทสัมผัสที่กระทบกระเทือนจิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม” มีค่าเฉลี่ยการรับรู้มากกว่าข้อความอื่น ๆ

ทัศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการด้านสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการสุขภาพจิต จากทุกตัวแปรทั้ง 4 ด้าน คือ (1) คุณลักษณะของผู้นำความคิด (2) เนื้อหาที่เผยแพร่ (3) ช่องทางสื่อสาร (4) ผลจากการติดตามข้อมูลบริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด โดยรวมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.9525 ซึ่งแปลความหมายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์และต่อข้อมูลบริการสุขภาพจิตในระดับเชิงบวก

การตัดสินใจใช้บริการด้านสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจที่จะใช้บริการจากผู้เชี่ยวชาญในด้านการบำบัดรักษาความวิตกกังวลและ

ความซึมเศร้า มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 10.14 รองลงมาคือขอรับปรึกษาปัญหาชีวิตและการทำจิตบำบัด คิดเป็นร้อยละ 9.17 รองลงมาคือเสริมสร้างความภาคภูมิใจในคุณค่าของตัวเอง คิดเป็นร้อยละ 7.36 และบำบัดรักษาโรคเครียด คิดเป็นร้อยละ 7.29 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่างมีระดับการตัดสินใจใช้บริการด้านสุขภาพจิตและจะแนะนำคนใกล้ชิดให้ไปใช้บริการสุขภาพจิตตามผู้นำความคิดนำเสนอเผยแพร่ในเครือข่ายสังคมออนไลน์ มีค่าเฉลี่ยรวมกันเท่ากับ 4.75 ซึ่งจัดว่าอยู่ในระดับสูงมากที่สุด

ตอนที่ 2 การทดสอบสมมติฐาน (Hypothesis Testing)

สมมติฐานที่ 1 ลักษณะทางประชากรที่แตกต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์แตกต่างกัน

ผู้วิจัยได้ทดสอบสมมติฐานการเปิดรับจากกลุ่มตัวอย่างมีข้อค้นพบที่เป็นไปตามสมมติฐาน ดังนี้

1.1) เพศที่ต่างกัน มีการเปิดรับเนื้อหาสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งปฏิบัติตามสมมติฐาน โดยเพศหญิงมีการเปิดรับข้อมูลจากผู้นำความคิดมากกว่าเพศชาย

1.2) สถานภาพที่ต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดแตกต่างกัน จึงเป็นไปตามสมมติฐาน โดยบุคคลที่สมรสแล้ว หรือหม้าย/หย่า มีการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดสุขภาพจิตแตกต่างกันเป็นรายคู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ คนที่หม้าย/หย่า มีการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดสุขภาพจิตสูงกว่าคนที่สมรสแล้ว

1.3) ระดับการศึกษาที่ต่างกันมีการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดที่แตกต่างกัน จึงเป็นไปตามสมมติฐาน โดยคนมีการศึกษาค่ากว่าปริญญาตรีมีการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดสุขภาพจิตมากกว่าคนที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี และคนมีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดสุขภาพจิตมากกว่าคนที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี

สมมติฐานที่ 2 ลักษณะทางประชากรที่แตกต่างกัน มีการรับรู้ข้อมูลบริการด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์แตกต่างกัน

ผู้วิจัยได้ทดสอบสมมติฐานการรับรู้จากกลุ่มตัวอย่าง มีข้อค้นพบที่เป็นไปตามสมมติฐาน ดังนี้

2.1) เพศที่แตกต่างกันมีการรับรู้เกี่ยวกับบริการทางด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีการรับรู้เกี่ยวกับบริการทางด้านสุขภาพจิตมากกว่าเพศชาย

สมมติฐานที่ 3 ลักษณะประชากรที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดและการใช้บริการด้านสุขภาพจิตแตกต่างกัน

ผู้วิจัยได้ทดสอบสมมติฐานด้านทัศนคติจากกลุ่มตัวอย่าง มีข้อค้นพบที่เป็นไปตามสมมติฐาน ดังนี้

3.1) เพศที่แตกต่างกันมีทัศนคติต่อผู้นำความคิด เนื้อหาของสาร และการใช้บริการสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยเพศหญิงมีทัศนคติเชิงบวกกว่าเพศชาย แต่ไม่มีความแตกต่างด้านทัศนคติที่มีต่อช่องทางที่ผู้นำความคิดใช้ในการสื่อสาร

3.2) กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกัน มีทัศนคติต่อผู้นำความคิดต่อเนื้อหา และต่อการช่องทางเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แต่กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ต่างกัน มีทัศนคติต่อการบริการสุขภาพจิตแตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ไม่เกิน 15000 บาท มีระดับทัศนคติต่อบริการสุขภาพจิตบวกกว่าคนที่ที่มีรายได้ 30001-45000 บาท, 45001-60000 บาท และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 15001-30000 บาท มีทัศนคติต่อบริการสุขภาพจิตบวกกว่าคนที่ที่มีรายได้ 30001-45000 บาท, 45001-60000 บาท, 75001 บาทขึ้นไป

สมมติฐานที่ 4 ลักษณะทางประชากรที่แตกต่างกันมีการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิตแตกต่างกัน

ผู้วิจัยได้ทดสอบสมมติฐานด้านการตัดสินใจจากกลุ่มตัวอย่าง มีข้อค้นพบที่เป็นไปตามสมมติฐาน

4.1) เพศที่แตกต่างกัน มีการตัดสินใจใช้บริการไม่แตกต่างกัน แต่มีการบอกต่อแนะนำที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยเพศหญิงมีการแนะนำมากกว่าเพศชาย

4.2) อายุที่แตกต่างกัน มีการตัดสินใจใช้บริการไม่แตกต่างกัน แต่มีการบอกต่อแนะนำที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 21 ปี มีการตัดสินใจบอกต่อแนะนำบริการสุขภาพจิตให้แก่คนรู้จัก มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 21-30 ปี มีการตัดสินใจบอกต่อแนะนำบริการสุขภาพจิตให้แก่คนรู้จัก มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุ 41-50 ปี และมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ขณะที่กลุ่มตัวอย่างอายุ 31-40 ปี มีการตัดสินใจบอกต่อแนะนำบริการสุขภาพจิตให้แก่คนรู้จัก มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป ส่วนกลุ่มตัวอย่างอายุ 41-50 ปี มีการตัดสินใจบอกต่อแนะนำบริการสุขภาพจิตให้แก่คนรู้จัก มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป

สมมติฐานที่ 5 การเปิดรับ การรับรู้ และทัศนคติ มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต

ผลการทดสอบสมมติฐานด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณผลการวิจัยพบว่า

5.1) การเปิดรับผู้นำทางความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ไม่ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

5.2) การรับรู้บริการด้านสุขภาพจิตจากผู้นำทางความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ส่งผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิตมากที่สุด อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 จึงเป็นไปตามสมมติฐาน

5.3) ทัศนคติต่อผู้นำทางความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ไม่ส่งผลต่อการตัดสินใจไปเข้ารับบริการสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ทั้งนี้ จากการทดสอบสมมติฐานทุกข้อทั้งหมดข้างต้น ผู้วิจัยได้แจกแจงผลสรุปออกมาในรูปแบบตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 แสดงผลการทดสอบสมมติฐานในด้านความแตกต่างของลักษณะทางประชากรต่อการเปิดรับ การรับรู้ ทัศนคติ และการตัดสินใจ

ลักษณะทาง ประชากร	การเปิดรับ	การรับรู้	ทัศนคติ				การตัดสินใจ	
			ผู้นำความคิด	เนื้อหาสาร	ช่องทาง	บริการ สุขภาพจิต	ใช้	แนะนำ
เพศ	✓	✓	✓	✓	×	✓	×	✓
อายุ	×	×	×	×	×	×	×	✓
สถานภาพ	✓	×	×	×	×	×	×	×
การศึกษา	✓	×	×	×	×	×	×	×
อาชีพ	×	×	×	×	×	×	×	×
รายได้	×	×	×	×	×	✓	×	×

*ความหมายของสัญลักษณ์: ✓ หมายถึงเป็นไปตามสมมติฐาน, × หมายถึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

ตารางที่ 2 แสดงผลการทดสอบสมมติฐานด้านความมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต

อิทธิพลจากผู้นำความคิด	การตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต
การเปิดรับ	×
การรับรู้	✓
ทัศนคติ	×

* ความหมายของสัญลักษณ์: ✓ หมายถึงเป็นไปตามสมมติฐาน, × หมายถึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัยข้างต้น ผู้วิจัยได้ทำการอภิปราย ในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ลักษณะทางประชากรของผู้ติดตาม หรือผู้รับสาร การเปิดรับข่าวสารจากผู้นำความคิด การรับรู้ บริการสุขภาพจิต ทัศนคติที่มีต่อผู้นำความคิด และ การตัดสินใจใช้บริการ ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ผู้รับสารการวิเคราะห์ผู้รับสารเป็น สิ่งที่ผู้ส่งสารพึงให้ความสำคัญ เพื่อจะทำให้ผู้ส่งสารสามารถ เตรียมเนื้อหาต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนสามารถ แสวงหาวิธีการต่าง ๆ ในการส่งสาร เพื่อสื่อสารความรู้สึก

นึกคิดให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความรู้สึกและความ ต้องการของกลุ่มเป้าหมายต่อไปโดยในการวิเคราะห์ผู้รับสาร นั้นจะพิจารณาจากองค์ประกอบได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และรายได้ ซึ่งอภิปรายดังนี้

1.1) เพศ กลุ่มตัวอย่างที่ติดตามผู้นำความคิด ด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ประกอบไปด้วย ทั้งสองเพศ โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้โดยภาพรวมแล้วจะเห็นว่าข้อมูลเรื่องสุขภาพจิต เป็นที่น่าสนใจสำหรับเพศหญิงมากกว่า สอดคล้องกับ การศึกษาของ Wilo and Yates (กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์, 2546) คือลักษณะทางด้านเพศเป็นปัจจัยพื้นฐานใน

การกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล รวมไปถึงด้านอารมณ์ภายในของบุคคล เช่น เพศหญิงเป็นเพศที่มีอารมณ์อ่อนไหวกว่าเพศชาย โดยมีมุมมองเหตุการณ์หรือสิ่งต่าง ๆ ในลักษณะที่ละเอียด ละเมียดละไมกว่าเพศชาย ทั้งนี้ จากการผลการทดสอบสมมติฐานพบว่าเพศที่ต่างกันจะมีความแตกต่างกันในด้านการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ การรับรู้บริการสุขภาพจิต ทักษะคิดต่อผู้นำความคิด ทักษะคิดต่อเนื้อหาสาร ทักษะคิดต่อการบริการสุขภาพจิต และการแนะนำการบริการกับบุคคลอื่นโดยเพศหญิงมีค่าคะแนนที่มากกว่าเพศชายทุกด้าน แต่กลับไม่มีความแตกต่างกันในด้านทักษะคิดต่อช่องทางสื่อสารและด้านการตัดสินใจ ทั้งนี้ เนื่องจากว่าโดยพื้นฐานทางจิตวิทยาแล้วเพศหญิงเป็นเพศที่เน้นในด้านความสัมพันธ์ การประนีประนอม การพูดคุย แลกเปลี่ยน และใส่ใจในเรื่องของความรู้สึกได้ละเอียดกว่าเพศชาย จึงเลือกเปิดรับข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องของจิตใจและสุขภาพจิตมากกว่า มีทักษะคิดต่อตัวผู้นำความคิดที่ดีกว่า และยังแนะนำบอกต่อคนรอบข้างให้ไปใช้บริการมากกว่าด้วย นอกจากนี้ จากผลการวิจัยทางจิตวิทยาที่ศึกษาด้านการเรียนรู้ของเพศชายและหญิง นักจิตวิทยา Philip Zimbardo ชี้ว่าเพศหญิงมีความสามารถในการเรียนรู้ได้ดีกว่าเพศชาย นั่นจึงเป็นผลทำให้เพศหญิงมีการรับรู้ที่มากกว่าเพศชาย (Philip Zimbardo, 2011)

อย่างไรก็ตาม เพศชายและหญิงมีทักษะคิดต่อช่องทางสื่อสารที่ไม่ต่างกันนัก เนื่องจากด้วยธรรมชาติของสื่อสังคมออนไลน์มิได้เอื้อต่อเพศใดเพศหนึ่งในการใช้สื่อสารเท่านั้น ในแง่ของตัวสื่อสังคมออนไลน์นั้นจัดเป็นตัวกลางสำหรับใช้เปิดรับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งใคร ๆ ก็ใช้งานได้ทุกเพศ เฉกเช่นเดียวกับการเปิดรับสื่อโทรทัศน์ ที่ไม่ว่าเพศไหน ๆ ก็ใช้งานได้ ดังนั้นในทัศนคติต่อตัวช่องทางสื่อจึงไม่ได้มีส่วนที่ทำให้เกิดความต่างในเรื่องทัศนคตินี้ ขณะที่ในด้านการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต ประเด็นเรื่องเพศก็ไม่ได้ทำให้เกิดความแตกต่างในการตัดสินใจใช้บริการเช่นกัน ด้วยเหตุที่มีการรับรู้ข้อมูลว่าเป็นปัญหาสุขภาพจิตเป็นเรื่องในระดับปัจเจกบุคคล มิใช่ปัญหาของเพศใดเพศหนึ่ง

1.2) อายุ ในด้านอายุ พบว่ากลุ่มผู้ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 – 30 ปี ถือว่าอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยวัยของผู้รับสารจะเป็นตัวกำหนดความต้องการและความสนใจของบุคคล ช่วยให้ทราบกรอบประสบการณ์ของบุคคลด้วยว่ากลุ่มผู้ติดตามส่วนใหญ่จำนวนนี้ที่อยู่ในช่วงอายุ 21 – 30 ปี อาจจะไม่สนใจอ่านหรือรับฟังเรื่องราวข่าวสารสุขภาพจิตที่เป็นสาระหนัก ๆ มากนัก และด้วยความเครียดจากช่วงชีวิตในวัยนี้ จึงทำให้ชอบที่จะฟังเรื่องราวที่เป็นแก่นสารที่เกี่ยวกับเรื่องความรักความสัมพันธ์ การค้นหาตนเอง การเคารพตนเอง ซึ่งเป็นไปตามวัยที่กำลังค้นหาตัวเองว่าตนชอบอะไร จะเลือกใช้ชีวิตเดินไปตามทางไหน จึงต้องการเนื้อหาที่เป็นกำลังใจเพื่อการทำความรู้จักตัวเองและผู้อื่นมากกว่าติดตามเรื่องโรคร้ายไข้เจ็บทางจิต นอกจากนี้ ช่วงวัยดังกล่าวยังเป็นข้อพิจารณาในแง่มุมด้านการใช้คำให้เหมาะกับอายุ ซึ่งอาจจะต้องทันต่อปัจจุบันที่ก็มีศัพท์เฉพาะเกิดเป็นกระแสที่รู้และใช้กันในกลุ่ม รวมไปถึงการยกตัวอย่างเหตุการณ์หรือสถานการณ์ในชีวิตให้ตรงกับกลุ่มอายุ หากผู้ส่งสารใช้คำหรือยกตัวอย่างเนื้อหาไม่เหมาะสมกับผู้รับสารผู้ส่งสารก็อาจได้รับความสนใจจากผู้รับสารน้อยไปด้วย

ทั้งนี้ จากการทดสอบสมมติฐาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกันจะมีการแนะนำการบริการสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน โดยในกลุ่มคนที่อายุมากมักจะมีพฤติกรรมการแนะนำบอกต่อการบริการสุขภาพจิตให้แก่บุคคลอื่น ๆ น้อยกว่ากลุ่มคนที่อายุน้อย ซึ่งปรากฏการณ์นี้ได้แสดงให้เห็นว่า ผู้คนอายุน้อย ๆ ที่เติบโตมาในสังคมยุคที่วิวัฒนาการทางการแพทย์สายจิตเวชเจริญก้าวหน้าขึ้น คนรุ่นใหม่ ๆ จึงมีความสนใจในการบริการสุขภาพจิตมากขึ้นและต้องการที่จะบอกต่อเผยแพร่การบริการที่ดีตรงนี้ไปให้บุคคลอื่นทราบ ยิ่งคนรุ่นใหม่ที่เติบโตมากับการใช้เทคโนโลยีที่สามารถเข้าถึงและติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตผ่านช่องทางสื่อใหม่อย่างเครือข่ายสังคมออนไลน์ได้จึงเป็นเรื่องที่สอดคล้องกับผลวิจัยว่าอายุต่างกัน จะทำให้มีการแนะนำบอกต่อต่างกัน หรือหากมอง

อีกมุมหนึ่ง คือ ยิ่งอายุมากขึ้นอาจมีวุฒิภาวะมากขึ้น อาจจะไม่แนะนำก็ได้

แต่กระนั้น แม้ผลการวิจัยพบว่ามีความต่างในเรื่องการแนะนำบริการ แต่ด้านการใช้บริการพบว่าไม่มีความแตกต่างในการตัดสินใจ นั่นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างทุกช่วงอายุมองว่ามันเป็นปัญหาปัจเจกบุคคล มิใช่ว่าต้องอยู่ในอายุเท่านี้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตแล้วถึงจะตัดสินใจไปใช้บริการได้ และนอกจากนี้ อายุยังไม่มีความต่างในด้านการเปิดรับ การรับรู้ ทักษะคิด อีกด้วย กล่าวคือ ตั้งแต่ช่วงวัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ หรือผู้สูงอายุต่างก็เปิดรับผู้นำความคิดสุขภาพจิตไม่แตกต่างกัน

1.3) สถานภาพสมรสกลุ่มผู้ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ส่วนใหญ่ มีสถานภาพโสดมากที่สุด ผลการทดสอบความแตกต่างพบว่า สถานภาพที่ต่างกันไม่มีความแตกต่างทั้งในการรับรู้ ทักษะคิด และการตัดสินใจใช้บริการ สุขภาพจิตแต่ในด้านการเปิดรับพบว่าแตกต่างกัน โดยสถานภาพหม้าย/หย่า มีการเปิดรับข้อมูลจากผู้นำความคิดมากกว่าคนที่สมรส นั่นชี้ให้เห็นว่าบุคคลที่มีการเลิกราจากคู่รักหรือการที่คู่รักเสียชีวิตไปนั้นอาจต้องการข้อมูลเพื่อช่วยชี้ทางในการดำเนินชีวิตอย่างปรกติสุขเมื่อไรซึ่งคู่ครองต่อไปสอดคล้องกับรายงานการสำรวจคะแนนความสุขของคนไทยในปัจจุบันด้านสถานภาพการสมรส โดยกรมสุขภาพจิตระบุว่าความเป็นหม้ายหรือหย่าร้างนั้น ทำให้ความสุขลดลง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) ดังนั้นการที่คนกลุ่มนี้เข้ามาเปิดรับข้อมูลด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในสื่อสังคมออนไลน์จึงเป็นช่องทางหนึ่งสำหรับรับข้อมูลไปประยุกต์ใช้หรือช่วยแก้ปัญหาทางจิตใจที่เกิดขึ้น

1.4) ระดับการศึกษาจากผลการทดสอบสมมติฐาน ความแตกต่างในด้านการศึกษาค้นมีการศึกษาดำกว่าระดับปริญญาตรีมีการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดสุขภาพจิตมากกว่าคนที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรี และคนมีการศึกษาระดับปริญญาตรีมีการเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดสุขภาพจิตมากกว่าคนที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับปริญญาตรีนั้นแสดงให้เห็นว่า

ผู้รับสารที่วุฒิต่ำกว่าระดับปริญญาตรีมีการแสวงหาที่พึ่งพิงทางความคิด นั่นคือผู้นำความคิด ขณะที่กลุ่มมีการศึกษาสูงอาจจะเลือกรับพึ่งผู้นำความคิดน้อยกว่า ด้วยเหตุที่ตนก็มีข้อมูลหรือประสบการณ์อยู่บ้าง (พัชนี เขยจรรรยา และคณะ, 2541)

ในขณะที่ด้านการรับรู้ ทักษะคิด และการตัดสินใจ ตัวแปรด้านระดับการศึกษาไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้นผู้ส่งสารจึงควรเตรียมเนื้อหาให้เหมาะสมกับความรู้และการศึกษาของกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้เกิดขั้นแรกนั้นคือการเปิดรับผู้นำความคิดเอง ทั้งนี้ ระดับการศึกษาของผู้ที่ติดตามผู้นำทางความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ บอกถึงความรู้และการศึกษาที่ได้รับจากสถาบันการศึกษา โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาในระดับปริญญาตรี รองลงมาคือตั้งแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไป การทราบระดับการศึกษาของผู้รับสาร จะช่วยให้ผู้ส่งสารสามารถจัดเตรียมเนื้อหาในการสื่อสารให้เหมาะสมกับระดับการศึกษาของผู้รับสาร เช่น จะสื่อสารกับกลุ่มที่มีความรู้ระดับสูงกว่าปริญญาตรี กับกลุ่มต่ำกว่าปริญญาตรีย่อมต้องสื่อสารแตกต่างกันไป เช่น ในด้านของการจัดเรียงสาร การเลือกใช้ตัวอย่างการใช้ภาษาให้สอดคล้องต่อความรู้คิดและปัญญารวมไปถึงบุคลิกภาพที่แตกต่างกันตามระดับของความรู้ (กิตติมา สุรสนธิ, 2547)

1.5) อาชีพผู้ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต ในเครือข่ายสังคมออนไลน์ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนนิสิต/นักศึกษา ซึ่งข้อมูลด้านอาชีพของผู้รับสารนั้นจะช่วยให้ผู้ส่งสารทราบถึงความสนใจของผู้อ่านหรือผู้ฟัง โดยกลุ่มนักศึกษานั้นย่อมเป็นคนที่มีสนใจเกี่ยวกับเรื่องราวความเคลื่อนไหวในด้านวิชาการ หลักคิด ทฤษฎี เกียรติคุณต่างๆ อย่างไรก็ตาม จากการทดสอบสมมติฐานความแตกต่างด้านอาชีพของกลุ่มตัวอย่างพบว่าไม่มีความแตกต่างกันทั้งในด้านการเปิดรับ การรับรู้ ทักษะคิด และการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต แต่การทราบอาชีพของกลุ่มเป้าหมายสำคัญต่อการเตรียมเนื้อหาให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพได้ต่อไปตามองค์ประกอบในแบบจำลองการสื่อสารของ เดวิด เคเบอร์โล ในด้านระบบสังคมของผู้รับสาร (สุภรศิม์ จิตกุลเจริญ, 2540)

1.6) รายได้ผู้ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เกิน 15,000 บาทต่อเดือน ซึ่งนับว่าเป็นฐานรายได้ในระดับเริ่มต้น ซึ่งอาจยังมีกำลังการใช้จ่ายไม่มากเท่าไรร่นกทั้งนี้จากการทดสอบสมมติฐานความต่างในด้านกลุ่มรายได้พบว่าคนที่มียาได้ไม่เกิน 15,000 บาท มีระดับทัศนคติต่อบริการสุขภาพจิตเชิงบวกกว่าคนที่มียาได้ 30,001-45,000 และ 45,001-60,000 บาท กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ 15,001-30,000 บาท มีทัศนคติต่อบริการสุขภาพจิตบวกกว่าคนที่มียาได้ 30,001-45,000 บาท, 45,001-60,000 บาท และ 75,001 บาท ขึ้นไป

ข้อมูลในส่วนนี้แสดงให้เห็นว่ารายได้ที่ต่างกันนั้นทำให้เกิดทัศนคติต่อบริการสุขภาพจิตต่างกัน ซึ่งตามหลักการแล้วรายได้ของบุคคลย่อมบ่งบอกถึงสถานภาพทางเศรษฐกิจ ในด้านการมีกำลังที่จะจ่ายใช้สอยสิ่งของหรือบริการ ดังนั้น อาจทำให้ผู้มีรายได้สูงมีความรู้สึกต่อบริการต่าง ๆ ในลักษณะที่ต้องการสิ่งตอบแทนเงินที่เสียไปสูงกว่า หรือถ้าหากมองในกรอบการดำเนินชีวิตภายใต้สภาพทางเศรษฐกิจของคนที่มียาได้น้อยก็อาจจะเป็นไปได้ว่าเกิดปัญหาในการจ่ายซื้อของหรือบริการที่มีราคาสูงกว่า ทำให้เกิดเป็นทัศนคติต่อใช้บริการสุขภาพจิตว่าเป็นสิ่งที่คูมีราคา และตีความไปในเชิงบวกมากกว่ากลุ่มรายได้สูงนั่นเอง

แต่ขณะเดียวกัน รายได้ที่ต่างกันกลับไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านทัศนคติต่อผู้นำความคิดด้านทัศนคติต่อช่องทางสื่อสาร ด้านทัศนคติต่อเนื้อหาสาร การเปิดรับ การรับรู้ และการตัดสินใจที่จะใช้บริการสุขภาพจิต อาจเพราะบริการสุขภาพจิตสามารถเข้าถึงได้ในแม้ในกลุ่มผู้มีรายได้ต่ำก็ยังมีสิทธิสวัสดิการจากภาครัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายให้อยู่ จะเห็นว่าค่าบริการของผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตในไทยมีราคาไม่สูงเหมือนอย่างต่างประเทศที่มีบริการทางสุขภาพจิตแพร่หลายอย่างสหรัฐอเมริกา ดังนั้น รายได้ที่แตกต่างกันนั้นจึงไม่ได้ทำให้เกิดความต่างในกลุ่มผู้ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ชาวไทย

2. การวิเคราะห์การเปิดรับสาร

2.1) ปริมาณและความถี่ในการเปิดรับส่วนใหญ่ผู้ที่ติดตามมีพฤติกรรมกรเปิดรับข้อมูลสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์มาเป็นเวลามากกว่า 2 ปีแล้ว โดยส่วนใหญ่จะเปิดรับเป็นประจำทุกวัน ซึ่งในแต่ละครั้งมักจะใช้เวลาไม่เกิน 30 นาทีต่อวันในการเปิดรับ นั้นแสดงให้เห็นว่าผู้ติดตามมีความสนใจในเนื้อหาสุขภาพจิตอยู่ตลอดมาอย่างต่อเนื่อง ด้วยคุณสมบัติเฉพาะของการเผยแพร่ข้อมูลลงในเครือข่ายสังคมออนไลน์นี้ทำให้กลุ่มผู้ติดตามสามารถเข้าถึงเนื้อหาสารสุขภาพจิตได้จากทุกที่และทุกเวลาที่ต้องการ แต่ในแง่ของระยะเวลาที่ใช้ในการเปิดรับเนื้อหาต่อวันอาจยังไม่มากนัก ซึ่งต้องพิจารณาตามเนื้อหาแต่ละด้านที่กลุ่มตัวอย่างสนใจเปิดรับแล้วจัดทำเนื้อหาให้เหมาะสมเพื่อที่อาจจะเพิ่มปริมาณการเปิดรับได้ต่อไป

2.2) ประเภทเนื้อหาที่เปิดรับประเภทเนื้อหาที่กลุ่มตัวอย่างเปิดรับมากที่สุด คือ เรื่องเกี่ยวกับจิตวิทยาพัฒนาตนเอง ด้วยเหตุที่ปัจจุบันมีกระแสการดูแลสุขภาพจิตที่มีแนวทางนิยมในเรื่องจิตวิทยาเชิงบวก (Positive Psychology) มากขึ้น กล่าวคือ บุคคลไม่จำเป็นต้องรอให้ป่วยก่อนแล้วถึงจะมาใช้บริการทางจิตวิทยา แต่ว่าบุคคลสามารถป้องกันได้ด้วยตนเอง จากการดูแลสุขภาพจิตและรู้เท่าทันอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิดของตนดังนั้นข้อมูลสุขภาพจิตประเภทจิตวิทยาพัฒนาตนเองจึงเป็นที่เปิดรับมากที่สุด

ส่วนเรื่องที่รองลงมา คือ เรื่องจิตวิทยาความรักความสัมพันธ์ สอดคล้องกับข้อมูลก่อนหน้านี้ว่ากลุ่มผู้ตอบส่วนใหญ่มีลักษณะประชากรด้านอายุอยู่ในกลุ่ม 21-30 ปี ซึ่งเป็นวัยที่ต้องออกไปพบปะผู้คนใหม่ ๆ เรียนรู้การเข้าสังคม ดังนั้น จึงเปิดรับเนื้อหาที่จะทำให้เข้าใจบุคคลอื่น ๆ มากขึ้นนั่นเอง

เรื่องที่รองลงมา คือ เรื่องที่อธิบายปรากฏการณ์ทางสังคมด้วยหลักจิตวิทยาเพราะคนชอบที่จะรู้เรื่องราวที่เกิดขึ้นในสังคมของตน เพื่อมีข้อมูลที่จะใช้ในการดำเนินชีวิตในสังคมต่อไป การเปิดรับเนื้อหาสารประเภทนี้จึงช่วยตอบ

คำถามถึงที่มาที่ไปของเหตุการณ์ต่าง ๆ ให้เข้าใจในแง่มุมทางจิตวิทยาให้แก่ผู้ติดตามได้

อย่างไรก็ตาม เนื้อหาประเภทเรื่องราวของชีวิตคนไข้จิตเวช หรือเรื่องราวชีวิตของจิตแพทย์กลับได้รับการเปิดรับน้อยกว่าเนื้อหาประเภทอื่น ๆ ในกลุ่ม ซึ่งแสดงว่าเนื้อหาประเภทเล่าชีวิตส่วนตัว จิปาถะทั่ว ๆ ไป จะเป็นที่ได้รับความสนใจน้อยสำหรับผู้ติดตาม อาจเพราะคนมาติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์เนื่องจากเล็งเห็นว่าตนจะได้รับประโยชน์ในเชิงข้อมูลจากความเชี่ยวชาญหรือประสบการณ์ของผู้นำความคิดเป็นหลัก มากกว่าเรื่องทั่ว ๆ ไปที่อ่านจากใคร ๆ ก็ได้ และไม่ใช่ว่าเรื่องใหม่สำหรับเขานั้นเอง

2.3) ประเภทของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตที่เปิดรับผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ ในเฟซบุ๊กและทวิตเตอร์มีหลากหลายประเภท ทั้งประเภทที่เน้นให้ข้อมูลจิตวิทยาทั่วไป ให้ข้อมูลสุขภาพจิตของแต่ละช่วงวัย ให้ข้อมูลโรคทางจิตเวชโรคต่าง ๆ ฯลฯ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเลือกติดตามเฟซบุ๊กเพจ Psychologist Café มากที่สุด ซึ่งเป็นผู้นำความคิดที่เผยแพร่เนื้อหาสุขภาพจิตประเภทเกร็ดความรู้จิตวิทยาทั่วไป รองลงมาคือเฟซบุ๊กเพจสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ซึ่งเน้นเผยแพร่เรื่องราวเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช และเฟซบุ๊กเพจเซ็นเด็กขึ้นภูเขา ซึ่งเน้นเผยแพร่เรื่องราวสุขภาพจิตวัยรุ่นและเด็กโดยมักมีข้อมูลวิเคราะห์ทันต่อกระแสเหตุการณ์ทางสังคมที่เกิดขึ้นกับเด็กและวัยรุ่นในขณะนั้น ๆ ด้วย จากจำนวนการติดตามผู้นำความคิดทั้งสามข้างต้นนี้ได้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มผู้ติดตามส่วนใหญ่ต้องการรับข้อมูลที่มีความหลากหลายมากกว่าจะเจาะจงในเรื่องโรคใดโรคหนึ่งอย่างผู้นำความคิดคนอื่น ๆ ที่มีความรู้ในเรื่องโรคแต่ละโรค

ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าผู้นำความคิดที่เป็นผู้มีประสบการณ์ใช้บริการนั้น ๆ โดยตรงยังมีการติดตามค่อนข้างน้อยจากผู้ที่สนใจรับข้อมูลสุขภาพจิต อาจเพราะว่าบุคคลจะเลือกเปิดรับข้อมูลข่าวสารเพื่อให้ได้รับข้อมูลที่ตนอยากรู้ และสนใจ ถ้าหากข้อมูลข่าวสารมีความเกี่ยวข้องต่อตัวเอง ก็ยิ่งให้ความสนใจที่จะรับข้อมูลข่าวสารนั้นเป็นพิเศษนั่นเอง

3. การวิเคราะห์การรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์

กลุ่มตัวอย่างที่ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์มีการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการทางด้านสุขภาพจิตจากผู้นำความคิด โดยรวมอยู่ในระดับสูงมากที่สุด

โดยประเด็นที่ผู้ติดตามมีการรับรู้อันดับที่หนึ่งคือ “โรคทางจิตเวชมีโอกาสเกิดขึ้นได้กับทุกคน อันเนื่องมาจากปัจจัยในสมอง ประสบการณ์ที่กระทบจิตใจ และสิ่งแวดล้อม” ซึ่งเป็นเรื่องพื้นฐานความเข้าใจในเรื่องสุขภาพจิตว่ามีที่มาจากอะไรและเกิดขึ้นกับใครได้บ้าง

รองลงมาคือมีการรับรู้ว่า “คนที่ใช้บริการสุขภาพจิตที่โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวชไม่ได้แปลว่าเขาต้องเป็นคนบ้าหรือโรคจิตเสมอไป” มีค่าเฉลี่ยการรับรู้อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ซึ่งการรับรู้ในประเด็นนี้สูงย่อมสะท้อนว่าผู้ติดตามมีมุมมองต่อบุคคลที่ไปใช้บริการในทางที่ถูกต้องจากผู้นำความคิด

รองลงมาคือมีการรับรู้ว่า “โรคทางจิตเวชเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นต้องให้ความสนใจที่จะไปเข้ารับการบำบัดรักษา” ซึ่งในประเด็นนี้ก็มีความสอดคล้องกับคะแนนในข้อคำถามเกี่ยวกับการตัดสินใจใช้บริการและการบอกต่อแนะนำผู้อื่นให้เข้าไปใช้บริการซึ่งอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

นอกจากนี้ การรับรู้ในประเด็นอื่น ๆ ก็มีการรับรู้ในสิ่งที่ผู้นำความคิดนำเสนอไว้ได้ดีมาก ทั้งหมดนี้ล้วนแสดงถึงประสิทธิผลของสิ่งที่ผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ได้เน้นทำการเผยแพร่มา โดยตลอดนั่นเอง อีกทั้งสังคมสมัยใหม่ทำให้เห็นว่าผู้คนมีความคิด ความสนใจ และให้ความสำคัญต่อปัญหาภายในจิตใจที่หลากหลาย ๆ คนกำลังเผชิญอยู่ สอดคล้องกับสถิติอาการป่วยทางจิตของคนไทย

ทั้งนี้ คุณพิศิณี แดงวัง หนึ่งในผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานในแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์ โดยปัจจุบันเธอได้ใช้ทวิตเตอร์ส่วนตัวเป็นพื้นที่สำหรับเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพจิต คุณพิศิณีให้ข้อคิดเห็นกับผู้วิจัยว่า “ดิฉันใช้ทวิตเตอร์เป็น

ช่องทางการสื่อสารสำหรับให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต เพื่อลดตราบาป (stigma) ของผู้ป่วยจิตเวชและการเข้ารับการรักษา เรื่องที่มักจะนำเสนอผ่านทวิตเตอร์บ่อยที่สุดคือ ประเด็นปัญหาที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย เพราะส่วนตัวเชื่อว่า สิ่งนี้เป็นปัญหาที่ป้องกันได้ หากทุก ๆ คนช่วยกัน และส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูลการใช้บริการ” โดยเมื่อพิจารณาจากผลการวิจัยครั้งนี้แล้วถือได้ว่าเจตจำนงในการสื่อสารของผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตที่หวังผลให้ผู้ติดตามในเครือข่ายสังคมออนไลน์ได้รับรู้ข้อมูลบริการนั้นถือว่าสัมฤทธิ์ผลที่เดียว นอกจากนี้ การรับรู้บริการสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ยังมีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการต่อไปอีกด้วย

ทว่า ประเด็นหนึ่งที่กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้จากผู้นำความคิดน้อยกว่าประเด็นอื่น ๆ นั้น คือ “การรับรู้ว่าในประเทศไทยมีสถานที่ใดบ้างที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตที่สามารถไปใช้บริการได้” ในประเด็นนี้จึงเป็นข้อพิจารณาสำหรับผู้นำความคิดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพจิตเพื่อจัดทำสื่อเพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ให้บริการสุขภาพจิตที่มีประสิทธิภาพต่อการรับรู้ต่อไป แม้ผู้นำความคิดจะเผยแพร่อยู่เป็นระยะ ๆ

4. ทักษะต่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์และบริการสุขภาพจิต

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์มีทัศนคติต่อผู้นำความคิดและบริการสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ในเชิงบวก โดยผู้วิจัยได้ศึกษา 4 แนวทาง คือ 1) ทักษะต่อผู้นำความคิด 2) ทักษะต่อเนื้อหาสาร 3) ทักษะต่อช่องทางการสื่อสาร 4) ทักษะต่อการบริการสุขภาพจิต โดยอภิปรายได้ดังนี้

4.1) **ทัศนคติต่อผู้นำความคิด** ผู้ติดตามมีทัศนคติต่อผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ว่าเป็นผู้มีความรู้ มีประสบการณ์ มีความเชี่ยวชาญ มีอำนาจในการชี้นำสนับสนุน (Advocacy) ที่จะสื่อสารเพื่อโน้มน้าวใจด้วยสื่อที่สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องสุขภาพจิต อันจะส่งเสริมความคิด ปลุกฝังค่านิยม อุดมการณ์ต่าง ๆ ในการที่จะส่งเสริมในระดับปัจเจกบุคคล สังคม และ

ประเทศชาติ ให้เกิดการตื่นตัวในประเด็นทางด้านสุขภาพจิตในระดับต่าง ๆ ได้

4.2) **ทัศนคติต่อเนื้อหาสารของผู้นำความคิด** ผู้ติดตามมีทัศนคติต่อเนื้อหาที่เผยแพร่ว่าเป็นที่ฟังฟังได้ สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง มีความถูกต้อง มีความจริงใจ และน่าเชื่อถือซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนทำให้ผู้นำความคิดเป็นที่ยอมรับ

4.3) **ทัศนคติต่อช่องทางการสื่อสารของผู้นำความคิด** ช่องทางสื่อเฟซบุ๊กและทวิตเตอร์ที่ผู้นำความคิดสุขภาพจิตใช้สื่อสารกับผู้ติดตาม ผลการวิจัยพบว่าคะแนนทัศนคติโดยรวมอยู่ในเชิงบวก แต่ประเด็นที่ได้รับคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่าด้านอื่น ๆ ในกลุ่มคือ เรื่องความไว้วางใจในข้อมูลที่ติดต่อกันว่าจะมีความลับหรือไม่ ซึ่งเป็นไปตามคุณลักษณะของสื่อสังคมออนไลน์ที่มีความเป็นสาธารณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการใช้เฟซบุ๊กหรือทวิตเตอร์โดยที่ทั้งสองแพลตฟอร์มนี้จัดได้ว่าเป็นผู้ให้บริการ (Service Provider) อีกทอดหนึ่งถือเป็นตัวกลางที่เก็บข้อมูลต่าง ๆ ไว้จึงมีผลต่อความไว้วางใจในการรู้ไว้หลายของข้อมูลได้

4.4) **ทัศนคติต่อบริการสุขภาพจิต** ผู้ติดตามมีทัศนคติว่าการติดตามผู้นำความคิดที่เผยแพร่เนื้อหาสุขภาพจิต ไม่ได้ทำให้ถูกมองว่าเป็นคนโรคจิต หรือมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นว่าผู้ติดตามมีทัศนคติที่ดีและถูกต้องสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้นำความคิดนำเสนอ

5. การวิเคราะห์การตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต

ในด้านลักษณะทางประชากรกับการตัดสินใจใช้บริการไม่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ และรายได้ แตกต่างกัน แต่ก็ตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิตในระดับสูงเหมือนกัน โดยประเภทของการบริการทางสุขภาพจิตที่ผู้ติดตามสนใจไปใช้บริการมากที่สุด 4 อันดับแรก คือ ความวิตกกังวลและความซึมเศร้ามากที่สุดรองลงมาคือการปรึกษาปัญหาชีวิตและการทำจิตบำบัด รองลงมาคือความภูมิใจในคุณค่าของตัวเอง และการบำบัดรักษาโรคเครียด ตามลำดับ ซึ่งผลในส่วนนี้พบว่ามีความสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์สุขภาพจิตในปัจจุบันที่มีกระแสการตื่นตัวในเรื่องของโรคซึมเศร้ากันมากขึ้น

ผลวิจัยครั้งนี้พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตจากผู้นำความคิดนั้น มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิต โดยกลุ่มผู้ติดตามผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิตในเครือข่ายสังคมออนไลน์ มีการรับรู้ในประเด็นที่ว่า การใช้บริการสุขภาพจิตไม่ใช่เรื่องที่เสียหายหรือเป็นเรื่องที่น่าอับอาย มีผลต่อการตัดสินใจเข้าใช้บริการสอดคล้องกับสิ่งที่ผู้นำความคิดมักกล่าวถึงประเด็นนี้ว่าไม่จำเป็นจะต้องเป็นโรคร้ายแรงถึงสามารถเข้าไปปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญสุขภาพจิต หากแต่เพียงแค่เครียด หรือวิตกกังวลเล็กน้อยก็ไปใช้บริการได้ เพราะไม่มีสิ่งใดที่ไร้สาระสำหรับแต่ละบุคคลในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญ

ขณะที่การเปิดรับผู้นำความคิดในเครือข่ายสังคมออนไลน์ และทัศนคติไม่ได้มีผลต่อการตัดสินใจใช้บริการสุขภาพจิตอย่างมีนัยสำคัญ อาจเพราะบุคคลสนใจแก่นเนื้อหาของสิ่งที่เขาได้รับมากกว่า ซึ่งการที่ผู้ติดตามได้อ่านข้อมูลข่าวสารจากผู้นำความคิดแม้เพียงครั้งเดียว อาจจะทำให้มีข้อมูลเกี่ยวกับการไปใช้บริการได้แล้ว เนื่องจากการเปิดรับประเด็นสุขภาพจิตมากหรือน้อยก็ไม่ได้มีผลนัก

ฉะนั้น หากต้องการให้ผู้คนที่ใช้งานเครือข่ายสังคมออนไลน์ตัดสินใจไปใช้บริการสุขภาพจิต จะต้องเพิ่มเนื้อหาข้อมูลการรับรู้ให้มากที่สุดผ่านช่องทางต่าง ๆ ทั้งผู้นำความคิด ในสื่อสังคมออนไลน์ซึ่งอาจไม่เพียงแต่เฟซบุ๊ก หรือทวิตเตอร์เท่านั้น อาจขยายช่องทางนำไปเผยแพร่ในเว็บไซต์ เว็บบล็อก เว็บบอร์ด ฯลฯ เพื่อจะช่วยให้ประชาชนได้มีข้อมูลและเกิดการรับรู้จนนำไปสู่การตระหนักที่จะแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตของแต่ละบุคคลได้ด้วย การตัดสินใจไปใช้บริการด้านสุขภาพจิตกับผู้เชี่ยวชาญ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงประยุกต์ใช้สำหรับผู้นำความคิดด้านสุขภาพจิต

สำหรับผู้นำความคิดและบุคลากรด้านสุขภาพจิต พึงพิจารณาแนวทางการสื่อสารตามองค์ประกอบภายใต้แนวคิดของ SMCR Model โดยเน้นพิจารณาทั้งตัวผู้ส่งสาร และตัวผู้รับสาร ซึ่งแต่ละคนมีปมหลังหรือพื้นเพในชีวิต

มาต่างกัน ผู้นำความคิดจึงต้องมีทักษะในการสร้างสารให้เหมาะสม และในการสื่อสารบนเครือข่ายสังคมออนไลน์นั้น มีลักษณะที่ไม่ได้เป็นเพียงแค่การสื่อสารเฉพาะระหว่างบุคคลเท่านั้น แต่ยังมีรูปแบบการสื่อสารที่หลากหลาย ทั้งการสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารภายในกลุ่ม การสื่อสารมวลชน การสื่อสารที่หลากหลายเหล่านี้จึงต้องพิจารณาปัจจัยของผู้รับสารเพื่อให้สิ่งที่ผู้ส่งสารต้องการให้เกิดอิทธิพลกับผู้รับสารนั้นเกิดผลได้ต่อไป ผู้วิจัยจึงนำผลการวิจัยครั้งนี้มาเสนอแนะไว้เป็นแนวทาง ดังนี้

ด้านผู้ส่งสารจากที่กลุ่มตัวอย่างมองว่าผู้นำความคิดมีอำนาจที่จะชี้นำและอคติ (bias) ต่อประเด็นใด ๆ อยู่แล้ว ดังนั้นในการเสนอข้อมูลต่าง ๆ ผู้นำความคิดอาจจะให้ความสำคัญต่อความเป็นกลางของเนื้อหา โดยใส่ความคิดเห็นส่วนตัวให้น้อยพอประมาณ นอกจากนี้ในเรื่องการสร้างความน่าเชื่อถือก็มีส่วนสำคัญต่อทัศนคติ กล่าวคือ การพูดถึงหลักจิตเวชหรือจิตวิทยาใด ๆ ในสื่อของผู้นำความคิดควรจะมีงานวิจัยอ้างอิงสนับสนุนประกอบท้ายบทความเพื่อให้มั่นใจในหลักการหรือทฤษฎีทางจิตวิทยานั้น ๆ ให้มากขึ้นต่อผู้อ่าน โดยให้ระบุเอกสารอ้างอิงไว้ศึกษาต่อในส่วนท้ายทุกครั้งของบทความนั้น ๆ ที่ผู้นำความคิดได้เขียนเผยแพร่ อันจะสร้างความมั่นใจแก่ผู้ติดตามมากยิ่งขึ้น

ด้านเนื้อหาผู้ติดตามมองว่าเนื้อหาที่เป็นเรื่องส่วนตัวไม่น่าสนใจ จึงควรผลิตเนื้อหาเกี่ยวกับผู้เข้ารับบริการจิตเวชให้น่าอ่านมากยิ่งขึ้น โดยเน้นไปที่เนื้อหาส่วนที่กลุ่มตัวอย่างสนใจอยู่แล้วให้มีปริมาณมากขึ้น โดยเฉพาะเนื้อหาเกี่ยวกับจิตวิทยาพัฒนาตนเอง จิตวิทยาความรัก ความสัมพันธ์ และปรากฏการณ์ทางจิตวิทยาที่เกิดขึ้นในสังคมไทย พัฒนาเนื้อหาให้มีความหลากหลายยิ่งขึ้น หรือลงรายละเอียดในเชิงคุณภาพของเนื้อหา มากกว่าเดิม อันจะเป็นทางเลือกในการติดตามเนื้อหาสาระเกี่ยวกับสุขภาพจิตใหม่ ๆ ที่มีประโยชน์ต่อผู้ติดตามต่อไป นอกจากนี้ควรเผยแพร่ข้อมูลที่สามารถไปใช้บริการทางสุขภาพจิตได้จากสถานใดบ้าง เนื่องจากมีการรับรู้ที่น้อยกว่าด้านอื่น ๆ โดยให้ข้อมูลทั้งในเรื่องประเภทของบริการที่มี รวมถึงวิธีใช้บริการนั้น ว่าจะต้องไปที่ไหน ติดต่อกับใคร

หรือแม้แต่การอธิบายกับเจ้าหน้าที่หน่วยคัดกรองว่าเป็นอะไรมา ซึ่งขั้นตอนเหล่านี้อาจเป็นเรื่องยากสำหรับคนที่ยังไม่มีประสบการณ์ ผู้นำความคิดควรจะเขียนหรือแนะนำให้เห็นเป็นขั้นตอนของการไปใช้บริการทางด้านสุขภาพจิต สำหรับผู้ที่ยังไม่เคยมีประสบการณ์ ทั้งในเชิงคุณภาพคือรูปแบบของสารและเชิงปริมาณคือเผยแพร่ให้ถี่ขึ้น เพื่อจะได้เห็นบ่อย ๆ จนเกิดการรับรู้และจดจำได้ โดยเนื้อหาจะต้องอ่านแล้วเข้าใจง่ายทันที เพื่อกระตุ้นการรับรู้ ถึงแม้ว่าผู้นำความคิดเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ให้บริการสุขภาพจิตอยู่เป็นระยะแล้วก็ตาม แต่จะต้องสร้างแนวทางให้เกิดการรับรู้กันดีขึ้นกว่านี้ โดยพิจารณาว่าได้จัดทำเนื้อหาให้มีความน่าสนใจ น่าจดจำแล้วหรือไม่

ด้านช่องทางการเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพจิตการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิตลงในสื่อสังคมออนไลน์ของผู้นำความคิด ผู้ติดตามมีทัศนคติเชิงบวก มองว่าเข้าถึงได้ง่าย ผู้นำความคิดจึงควรเลือกใช้สื่อนี้ให้เกิดประสิทธิภาพและสร้างความน่าเชื่อถือเพื่อสร้างทัศนคติที่ดี ผู้นำความคิดควรแสดงให้เห็นถึงจรรยาบรรณหรือความรับผิดชอบที่จะปกปิดข้อมูลของผู้ที่มาติดต่อเรื่องต่าง ๆ เพื่อสร้างความมั่นใจในการติดต่อสื่อสารผ่านช่องทางนี้ต่อไป อันจะก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลกันมากยิ่งขึ้น และนำมาสู่การเกิดประสบการณ์และความรู้สึกในเชิงบวกต่อผู้นำความคิดต่อเนื้อหาที่เขาได้รับ และต่อช่องทางการสื่อสารนี้

ด้านพฤติกรรมกระตุ้นใจของผู้ติดตามหากหวังผลให้ผู้ติดตามตัดสินใจบริการสุขภาพจิตกับผู้เชี่ยวชาญนั้น ผู้นำทางความคิดควรจะมุ่งสร้างข้อมูลให้เกิดการรับรู้ว่าการไปใช้บริการสุขภาพจิตไม่ใช่เรื่องน่าอาย ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้ผู้ติดตามเข้ารับบริการได้มากที่สุด การที่ผู้ติดตามให้ความสำคัญกับเรื่องนี้ จึงเป็นข้อพิจารณาสำหรับการสื่อสารเพื่อการประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพจิตที่จะต้องเร่งสร้างการรับรู้อย่างจริงจังให้คนทั่วไปรับรู้ว่าการใช้บริการสุขภาพจิตที่ไม่ได้ทำให้ตนเองดูแย่และไม่ได้เป็นเรื่องที่ทำให้ดูเสื่อมเสียแต่ประการใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมไทยที่อาจยังถือหน้าถือตาหรือภาพลักษณ์ของตน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 การศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากทั้งคนที่เคยใช้บริการมาก่อนแล้วและไม่เคยใช้บริการสุขภาพจิต โดยมีได้แยกแยะกลุ่มเจาะจงกัน ดังนั้นในการศึกษารoundต่อไป จึงน่าสนใจที่จะทำการศึกษาแยกเพิ่มเติมเฉพาะลงไปในกลุ่มที่เคยใช้บริการแล้ว กับกลุ่มที่ยังไม่เคยใช้บริการ โดยในกลุ่มที่เคยใช้บริการหรือกำลังใช้บริการอยู่ อาจศึกษาวิจัยผลการสื่อสารกับผู้ป่วย หรือ Patient Communication ในประเด็นด้านการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสถานะด้านสุขภาพเพื่อบำบัดรักษา การให้ความรู้ความเข้าใจในรูปแบบหรือวิธีการต่าง ๆ ประกอบด้วย

2.2 เนื่องจากการศึกษารoundนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปอาจศึกษาเพิ่มเติมในเชิงคุณภาพเพื่อทราบว่ามีความเข้าใจหรือปัจจัยอะไรที่อาจจะมีส่วนจูงใจบุคคลให้เกิดพฤติกรรมมารับข้อมูลข่าวสารสุขภาพจิต นอกไปจากด้านการเปิดรับ การรับรู้และทัศนคติ เพื่อศึกษาว่าปัจจัยอะไรที่เอื้อให้เกิดการตัดสินใจใช้บริการเมื่อบุคคลนั้นมีปัญหาทางจิตใจเกิดขึ้นบ้าง

2.3 เนื่องจากการศึกษารoundนี้ได้ศึกษาทัศนคติของกลุ่มตัวอย่างที่มีต่อผู้นำความคิด ผู้วิจัยได้พิจารณาโดยอิงตามแนวคิด SMCR ดังนั้น ในการศึกษาครั้งต่อไปในตัวแปรของคุณลักษณะของผู้นำความคิดอาจศึกษาเพิ่มเติมในคุณลักษณะด้านอื่น ๆ ของผู้นำความคิดที่แตกต่างออกไป

2.4 อาจศึกษาเชิงเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่สนใจข้อมูลสุขภาพจิต แต่ไม่ได้ติดตามผู้นำความคิดทั้ง 20 รายชื่อเหล่านี้ ว่ากลุ่มตัวอย่างดังกล่าวมีพฤติกรรม การแสวงหาข่าวสารสุขภาพจิตจากสื่ออื่น ๆ อย่างไร และมีการรับรู้ทัศนคติตลอดจนพฤติกรรมกระตุ้นใจใช้บริการอย่างไร เพื่อให้ครบวงจรการสื่อสาร อาทิ เพจเด็กเล็กขึ้นภูเขา ซึ่งเป็นจิตแพทย์ที่รู้จักกันดีว่าจัดทำเนื้อหาสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น โดยมีหนังสือวางแผงหลายเล่ม การเปิดรับในสื่อนี้มีผลต่อการไปใช้บริการในด้านนี้นักน้อยยกกว่าสื่อสังคมออนไลน์หรือไม่ อย่างไร เป็นต้น

รายการอ้างอิง

ภาษาอังกฤษ

- Aaker, D. A. (1991). **Managing Brand Equity**. New York: The Free Press.
- Assael, H. (2004). **Consumer Behavior: A Strategic Approach**. Boston, MA: Houghton Mifflin Company.
- Assael, H. (1998). **Consumer Behavior and Marketing Action (6 ed.)**. Cincinnati, OH: South-Western College Publishing.
- Becker, S. L. (1972). **Discovering mass communication (6 ed.)**. Illinois: Scott Foresman and Company Glenview.
- Boone, L., & Kurtz, D. (1995). **Contemporary Marketing Plus**. Florida: The Dryden Press.
- Danah M. Boyd, & Nicole B. Ellison. (2007). **Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship**. Journal of Computer-Mediated Communication, 13(1), 210-230.
- McCombs, M. E., & Becker, L. B. (1979). **Using mass communication theory**. Engle Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Philip Zimbardo. (2011). **The demise of guys?**. Retrieved from <https://www.ted.com/talks/zimchallenge>
- Schiffman, L. G., & Kanuk, L. L. (2010). **Consumer behavior (10 ed.)**. NJ: Pearson Prentice Hall.
- Solomon, M. R. (2011). **Consumer Behavior: Buying, having, and being (9 ed.)**. NJ: Prentice Hall.

ภาษาไทย

- Thumbs Up. (2559). **Twitter** ยังเป็น **Social Network** ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตของเราอยู่. เข้าถึงได้จาก <http://thumbsup.in.th/2016/11/twitter/>
- กมลชนก ปิ่นเพชร. (2556). ความต้องการ การเปิดรับข่าวสาร และความตั้งใจซื้อของผู้บริโภคที่มีต่อเฟซบุ๊กแฟนเพจ **สินค้าประเภทเสื้อผ้า**. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- กิ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์. (2546). **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพมหานคร: ไทยเจริญการพิมพ์.
- กิติมา สุรสนธิ. (2547). **ความรู้ทางการสื่อสาร**. กรุงเทพมหานคร: คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). **สุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2558**. กรุงเทพมหานคร.
- ศุภรัศมี ฐิติกุลเจริญ. (2540). **ทฤษฎีการสื่อสาร**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.